



Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas
Departamento de Gestão de Políticas Públicas

STHEFANI LARA DOS REIS ROCHA

RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Entre princípios, propósitos e procedimentos

Brasília

2018

STHEFANI LARA DOS REIS ROCHA

RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Entre princípios, propósitos e procedimentos

Monografia apresentada ao Departamento de
Gestão de Políticas Públicas como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Antunes
Martins

Brasília

2018

STHEFANI LARA DOS REIS ROCHA

RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Entre princípios, propósitos e procedimentos

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília do (a)
aluno (a)

Sthefani Lara dos Reis Rocha

Profa. Dra. Ana Paula Antunes Martins
Professora-Orientadora

Profa. Dra. Fernanda Natasha Bravo Cruz
Professor-Examinador

Brasília, 10 de julho de 2018.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela realização do presente trabalho, e pelo apoio que tive dos meus familiares e amigos que durante todos esses anos me incentivaram, tiveram paciência e contribuíram de todas as formas para eu conseguir alcançar os meus objetivos.

Dedico este trabalho aos meus pais, Adelson e Celina, e a minha irmã, Catherine, que sempre estiveram presentes, me apoiando incondicionalmente e aconselhando durante toda a minha vida acadêmica.

Por fim, agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação.

RESUMO

Esta monografia tem como objetivo compreender a política pública do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, instituída por meio do art. 32 da Lei 9.656/98. Perpassa a contextualização da política de ressarcimento ao SUS com o contexto histórico dos direitos sociais, do Sistema Único de Saúde e da saúde suplementar, buscando analisar os procedimentos adotados para realizar o ressarcimento, os principais questionamentos quanto à política, bem como uma abordagem quanto à compatibilidade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde e os princípios do SUS. Trata-se de pesquisa qualitativa, aplicada, exploratória cujos dados foram obtidos por meio documental e bibliográfico. Com essa pesquisa identificou-se que a política de ressarcimento ao SUS foi promulgada em um cenário de grande movimentação no âmbito da regulamentação da saúde suplementar, passando por diversas mudanças durante os 20 anos que se passaram após a promulgação da Lei 9.656/98.

Palavras-chave: Ressarcimento. Sistema Único de Saúde. Implementação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de Políticas Públicas.....	16
Figura 2: Número de atendimentos realizados	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade de atendimentos	47
Gráfico 2: Valor anual repassado - 2013 a 2017	48
Gráfico 3: Situação dos atendimentos identificados no ressarcimento	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Políticas Públicas	12
2.2.1 Tipos de políticas públicas	14
2.3 Policy cycle	15
2.3.1 <i>Percepção de um problema</i>	17
2.3.2 <i>Construção da agenda</i>	17
2.3.3 <i>Elaboração de programas</i>	18
2.3.4 <i>Implementação</i>	18
2.3.5 <i>Avaliação de políticas e a correção das ações</i>	18
2.5 Direito à saúde no Brasil	19
2.5.1 <i>A reforma sanitária como impulsionador do direito à saúde</i>	19
2.5.2 <i>O desenvolvimento do direito à saúde na história do Brasil</i>	20
2.5.3 <i>Direito à saúde</i>	22
2.6 Sistema Único de Saúde	25
2.6.1 <i>Sistema de livre mercado</i>	26
2.6.2 <i>Sistema público</i>	26
2.6.3 <i>Sistema misto</i>	27
2.6.4 <i>A criação do SUS</i>	27
2.6.5 <i>Principais características do SUS</i>	28
2.7 Saúde Suplementar	33
2.7.1 <i>Histórico da saúde suplementar</i>	33
2.7.2 <i>Da regulamentação do setor</i>	35
2.7.3 <i>Lei dos Planos de Saúde</i>	37
3. METODOLOGIA	39
4 CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA DE RESSARCIMENTO AO SUS	41
4.1 Procedimento para o ressarcimento	44
4.2 O Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde no Poder Judiciário	50
4.2.1 <i>Do ressarcimento como obrigação civil restitutória</i>	51
4.2.2 <i>Do ressarcimento como obrigação tributária</i>	52
4.3 O ressarcimento ao Sistema único de Saúde sob o ponto de vista do beneficiário de plano de saúde e dos princípios norteadores do SUS	54

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo compreender a política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, instituída por meio do art. 32 da Lei nº 9.656/98.

Para tanto foi necessário entender e analisar o processo de desenvolvimento dos direitos sociais no Brasil, em especial o direito à saúde, bem como o histórico e o surgimento do Sistema Único de Saúde e da saúde suplementar, sendo tais elementos intrinsecamente ligados à política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas Operadoras de Planos de Saúde.

Além desse apanhado histórico e conceitual que antecede e embasa a existência da política do ressarcimento, foram abordados no decorrer do trabalho os conceitos de Políticas Públicas e do ciclo das políticas públicas.

Desde a colonização, o Brasil vem construindo direitos sociais, culminando na criação de um dos programas mais relevantes em termos sociais para o país, o Sistema Único de Saúde, trazendo o direito à saúde como um dever do Estado e um direito universal, garantido a todos os cidadãos.

Contudo, ao mesmo tempo em que o direito à saúde foi sendo construído como um direito social, garantido pelo Estado, o setor da saúde suplementar também se desenvolveu e passou a ocupar relevante espaço na assistência à saúde.

No início do século XXI 48,5 milhões de pessoas usufruíam de assistência privada à saúde, buscando, em regra, uma melhor assistência à saúde junto ao setor privado do que a fornecida pelo Sistema Único de Saúde.¹

Contudo, a saúde suplementar se desenvolveu em um contexto de ausência de regulação entre a promulgação da Constituição Federal de 1988, que efetivou o direito à saúde e a livre iniciativa privada, e a promulgação da Lei 9.656/98, que regulamentou a atividade de saúde suplementar no Brasil. Neste período, foram verificadas diversas atitudes praticadas pelas operadoras de planos de saúde que passaram a demandar a atenção do Estado.

Nesse contexto, um dos problemas que gerou grande incômodo foi à suposta transferência do atendimento dos beneficiários das operadoras para o SUS, gerando, assim, um enriquecimento da operadora à custa do Estado, posto que as operadoras deixavam de atender os beneficiários e os encaminhavam para o SUS.

¹ SCHMITT, Cristiano Heineck; MARQUES, Cláudia Lima. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2008

Diante desse cenário, e no contexto de grande movimentação política para regular o setor da saúde suplementar, a política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde foi instituída nos termos do art. 32 da Lei nº 9.656/98.

Tal artigo prevê que caso uma pessoa tenha plano de saúde e realize procedimento previsto no contrato com a operadora na rede pública, o plano de saúde ficará obrigado a ressarcir o Estado pelo atendimento realizado ao beneficiário.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender a política pública do ressarcimento, em especial pela perspectiva do Estado e dos beneficiários das operadoras de planos de saúde. Para efetivar tal propósito, foram estipulados os seguintes objetivos específicos:

- Contextualizar a política de ressarcimento ao SUS com o contexto histórico dos direitos sociais, do Sistema Único de Saúde e da saúde suplementar;
- Analisar o procedimento adotado pela ANS para realizar o ressarcimento;
- Analisar quais são os principais questionamentos por parte das operadoras e da ANS que ainda perpassam a política de ressarcimento.
- Analisar a política do ressarcimento dentro do contexto do Sistema Único de Saúde e seus princípios.

A pesquisa se torna relevante diante dos resultados alcançados pela política do ressarcimento. Segundo a ANS desde 2000 até outubro de 2017, foi repassado ao SUS o montante de R\$ 1,7 bilhão a título de ressarcimento², valores estes capazes de gerar impacto tanto para o Estado que recebe os valores a título de restituição, quanto para as operadoras que tem ônus de efetuar o pagamento.

Nesse contexto, após 20 anos da criação da política de ressarcimento ao SUS, surge a necessidade de se compreender, à luz da efetividade da política, se os seus resultados foram alcançados e se a política, da forma em que foi estruturada, ainda se justifica.

Nesta esteira, o presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. Sendo o primeiro destinado a analisar o referencial teórico necessário para compreender a complexidade da política do ressarcimento ao SUS. O segundo capítulo propõe-se a descrever os procedimentos metodológicos que foram utilizados para desenvolver a presente pesquisa. Já o terceiro capítulo busca aprofundar a análise do objeto de pesquisa, dando ênfase nas relações que envolvem a política de ressarcimento.

² ANS. **ANS repassa valor recorde ao SUS em 2017**. 20 de dez. de 2017. Disponível em:<
<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/4263-ans-repassa-valor-recorde-ao-sus-em-2017>>. Acesso em 4 de jul. de 2018.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O capítulo tem como objetivo trazer os principais conceitos utilizados para fundamentar o presente trabalho, passando inicialmente pela abordagem do que se entende por política pública, e as suas diversas nuances. Em seguida avançaremos na análise do *policy cycle*, buscando analisar, em especial, a fase de avaliação da política pública. Tais conceitos serão necessários para conseguirmos evoluir na análise da política de ressarcimento ao Sistema único de Saúde.

2.1 Políticas Públicas

O conceito de política pública pode abarcar diversas conotações a depender do contexto em que é inserido e da corrente por meio da qual ele é analisado, não existindo na literatura uma definição única.

De toda forma, apenas como um norte para passarmos a analisar as diversas acepções do conceito de política pública, uma das formas de se entender a política pública é enxergá-la como o Estado em ação. Ou seja, o Estado agindo e implantando projetos direcionados às necessidades específicas da sociedade. Sendo a forma pela qual o governo transforma suas propostas em resultados reais, seja para o campo social, econômico e/ou político³.

Contudo, os debates e discussões sobre o conceito de políticas públicas vão muito além da simples ideia do Estado em ação.

Para Rua, a política pública é o “conjunto de procedimento formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos”.⁴

Diante desse conceito, entende-se que cabe ao Estado implantar e manter as políticas públicas, envolvendo desde os órgãos públicos até os atores da sociedade que serão influenciados por determinada política.⁵

Já para Secchi⁶, a política pública pode ser definida como “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Partindo, assim, da ideia de que a política pública seria a integração de dois elementos: à vontade e/ou intenção pública e a resolução de um problema.

³ SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

⁴ RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Izabel V. (Org.). **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998, p. 1

⁵ ALVES, T. N. P. **Política Nacional de Medicamentos**: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos. 2009. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2009.

Nesse sentido o autor ainda afirma que “a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante”⁷.

Como visto acima, e de forma não exaustiva, encontra-se uma infinidade de abordagens e formas de se entender o conceito de política pública, não havendo consenso no meio acadêmico.

Nesse contexto, Secchi defende que a dificuldade de se alcançar esse consenso surge em razão de três nós conceituais.⁸

O primeiro nó está relacionado à discussão quanto aos atores capazes de elaborar políticas públicas. De forma que parte da doutrina defende que a presença de um ator público como protagonista é fundamental para determinar se a política é ou não pública. E de outro lado, os doutrinadores vinculados a uma abordagem multicêntrica consideram fundamental a participação de atores da área privada, do terceiro setor, dos estados, e assim por diante para estabelecer uma política pública efetiva⁹.

Para este trabalho adotaremos a abordagem com enfoque multicêntrico, posto que, ainda que a política do ressarcimento tenha sido desenvolvida dentro de um contexto estatal, a atuação dos atores externos é fundamental para entender a complexidade da referida política pública.

O segundo nó trazido por Secchi refere-se à ideia de que política pública não remete apenas para ação, podendo ser visualizada também na omissão ou na negligência¹⁰. Sendo discutido assim, se o simples fato de ficar inerte à determinada situação já seria uma forma de política pública.

O terceiro nó conceitual surge quanto à estrutura em si da política, ou seja, discute-se aqui se a política pública necessariamente deve ter um caráter estruturante, ou se poderiam ser consideradas como políticas públicas medidas operacionais e de nível intermediário.

Pra Secchi “as políticas públicas são tanto as diretrizes estruturantes (nível estratégico) como as diretrizes de nível intermediário e operacional”¹¹.

⁶ SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 2.

⁷ Ibidem, p. 2.

⁸ SECCHI, op. cit, p. 2.

⁹ SECCHI, op. cit, p. 3.

¹⁰ SECCHI, op. cit, p. 6.

¹¹ SECCHI, op. cit, p. 7.

No mesmo sentido o autor ainda afirma que as políticas públicas podem assumir a forma de

programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, rotinas administrativas, decisões judiciais, coordenação de uma rede de atores, gasto público direto, contratos formais e informais como *stakeholder*, entre outros.¹²

Diante de tais conceitos, e da multiplicidade de olhares pelos quais poderíamos observar as discussões que serão travadas no decorrer do presente trabalho, adotaremos o posicionamento defendido por Alves¹³ e Teixeira¹⁴, no sentido de que a política pública é rodeada por uma multiplicidade de atores tanto do estado quanto da sociedade, podendo ser uma ação ou omissão, externalizada por meio de medidas estruturais, diretrizes, princípios, dentre outros.

2.2.1 Tipos de políticas públicas

Segundo a tipologia de Lowi¹⁵, também defendida por Frey¹⁶ a política pública pode adotar quatro formatos distintos, sendo eles: as políticas distributivas, as políticas regulatórias, as políticas redistributivas e as políticas constitutivas.

Entende-se como política distributiva aquela que “geram benefícios concentrados para alguns grupos de atores e custos difusos para toda a coletividade/contribuintes”¹⁷.

Nesse sentido, as políticas distributivas são caracterizadas por possuírem um baixo nível de conflito, posto que, via de regra, elas alocam benefícios e não trazem custos significativos. Beneficiam grupos específicos e demandas pontuais da sociedade.¹⁸

Já as políticas regulatórias estão associadas à definição de regulamentos, ordens, estabelecendo padrões de comportamento. Tais políticas não são necessariamente conflituosas, o que dependerá do conteúdo da política e da forma sob a qual ela foi imposta.

Por outro lado, às políticas redistributivas, ao contrário das políticas distributivas, são orientadas para o conflito, uma vez que, segundo Freitas “atingem um número elevado de

¹² SECCHI, 2013, p. 11.

¹³ ALVES, T. N. P. **Política Nacional de Medicamentos**: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos. 2009. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2009.

¹⁴ TEIXEIRA, E. C. Movimentos Sociais Urbanos em Salvador: um mapeamento. In: LUZ, A. M.C. **Quem faz Salvador?** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002.

¹⁵ SECCHI, op. cit., p. 24.

¹⁶ FREY, K. **Políticas Públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Brasília: Planejamento e Políticas Públicas (IPEA), 2000.

¹⁷ SECCHI, op. cit., p. 25.

¹⁸ FREITAS, Marcella Abunahman. **Avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao sistema único de saúde**. 2011. Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo. 2011, p. 16.

indivíduos, impondo perdas concretas de curto prazo a determinado grupos sociais, para a obtenção de ganhos incertos e futuros para outros”¹⁹. Dessa forma, normalmente as políticas redistributivas estão vinculadas a situações de confronto e polarização.

Por fim, as políticas constitutivas são as que “definem as competências, jurisdições, regras da disputa política e da elaboração de políticas públicas”.²⁰ Ou seja, são as políticas que vão definir as condições em que se aplicaram os outros três tipos de políticas vistos acima²¹.

2.3 *Policy cycle*

A análise de políticas públicas envolve diversas variáveis situacionais e atores diversos que agem defendendo seus interesses.²² É possível abordá-las a partir da perspectiva de um ciclo pelo qual essa política perpassa, o qual, segundo Viana é composto (i) pela construção da agenda; (ii) a formulação; (iii) a implementação; e (iv) a avaliação.²³

Essa mesma ideia de ciclo e etapas também é defendida por Frey, o qual defende que o *policy cycle* é uma forma interessante para estudar a vida de uma política pública, chegando a inclusive propor novas etapas: (i) percepção e definição de problemas; (ii) definição de agenda; (iii) elaboração de programas; (iv) implementação; (v) avaliação; e (vi) correção.²⁴

O ciclo e as etapas poderiam ser esquematizados conforme a figura abaixo, deixando nítida a ideia de retroalimentação a partir da avaliação e correção das ações.

¹⁹ FREITAS, 2011, p. 16.

²⁰ SECCHI, 2013, p.25.

²¹ Ibidem, p. 16.

²² FREY, 2000, p. 233

²³ VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n. 2, p.5-43, mar.-abr. 1996.

²⁴ FREY, op. cit., p. 233.



Figura 1: Ciclo de Políticas Públicas

Fonte: Oliveira (2013)

Importante ter em mente que, em que pese a figura apenas ilustrativa traga um ciclo linear, na prática, ao analisarmos as políticas os gestores se deparam com fluxos irregulares, de forma que as etapas que compõem o ciclo da política podem ser invertidas e reorganizadas de acordo com o caso concreto.

Nesse sentido, antes de aprofundarmos as discussões quanto às etapas que compõem o *policy cycle*, é importante destacar que a utilização de tal marco conceitual não é pacífica, uma vez que a ideia de ciclo não se adequa a dinâmica real das políticas, podendo reduzir a complexidade envolvida na formação de uma política pública²⁵.

Assim, a ideia de se utilizar uma divisão em ciclo é apenas uma forma de abordagem analítica, a fim de simplificar a análise do processo de política pública.²⁶

No mesmo sentido, para Secchi a ideia de se utilizar o modelo de ciclo é exatamente para possibilitar que “a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda

²⁵ SABATIER P.; JENKINS-SMITH H. The advocacy coalition framework: an assessment. In: SABATIER, P. A. **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 1999, p. 117-166.

²⁶ OLIVEIRA, Vanessa Elias. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 880-894, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/880-894/pt>>. Acesso em 26 de jun. 2018.

políticos, administradores e pesquisadores criarem um referencial comparativo para casos heterogêneos”²⁷.

Para Cavalcanti

*o policy cycle não pode ser concebido como um processo simples e linear, mas sim como um processo dinâmico, que não tem ponto de partida ou de chegada definidos, e que envolve não só formuladores e implementadores, mas também os stakeholders – pessoas envolvidas numa política ou nela interessadas.*²⁸

Feita a presente ressalva, passamos a analisar, sob a perspectiva de Frey²⁹ os elementos que compõem o ciclo de vida de uma política pública.

2.3.1 Percepção de um problema

A identificação ou percepção de um problema é uma das etapas mais relevantes para o ciclo da política pública, posto que, se determinada situação, ainda que incômoda, não chegue a ser percebida pelos atores, ela não entrará na agenda política.

Assim, na fase de identificação de um problema, passa-se a dar relevância política para uma determinada situação. Ou seja, uma situação pública insatisfatória que passa a atingir uma parcela significativa da população e, por conseguinte, a despertar a atenção política para solucionar o problema ou amenizar seus efeitos negativos.³⁰

Assim, o problema torna-se identificável a partir do momento em que a sensação de incômodo em relação à determinada situação a torna perceptível e politicamente relevante.

2.3.2 Construção da agenda

Segundo Secchi, a agenda é “um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes”³¹. Assim, a definição da agenda é o momento no qual se define se determinado assunto efetivamente será incluído na pauta política ou não. Deve-se, segundo Frey, levar em consideração os custos e benefícios envolvidos para definir e tal tema será ou não incluído na agenda³².

No mesmo sentido, para Viana³³, a agenda é o espaço no qual serão definidos os problemas que atraem a atenção do Estado e da sociedade, demandando pela adoção de

²⁷ SECCHI, 2013, p. 44.

²⁸ CAVALCANTI, Mônica Maria de Arruda. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais – uma abordagem conceitual**. Disponível em: <http://www.socialiris.org/antigo/imagem/boletim/arg48975df171def.pdf>>. Acesso em 25 de jun. 2016.

²⁹ FREY, 2000.

³⁰ FERNANDES, Rogério Baptista Teixeira. **O sistema de gestão do ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014**. Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Rio de Janeiro. 2015, p. 20.

³¹ SECCHI, op. cit., p.46.

³² FREY, op. cit., 2000.

³³ VIANA, 1996.

alguma medida para solucionar a situação.

2.3.3 *Elaboração de programas*

A formulação de políticas, programas, diretrizes e afins é etapa fundamental, devendo incluir a definição do objeto, as estratégias que serão adotadas, análise das consequências, custos e benefícios e cada escolha.³⁴

Assim, é nesse momento em que os atores deverão escolher quais as medidas mais apropriadas, levando em conta todos os fatores acima descritos.

2.3.4 *Implementação*

Formulada a política pública a implementação é a fase na qual serão produzidos os resultados e impactos da política. Cabe à administração pública utilizar dos mais variados instrumentos pensados durante a formulação para garantir a eficácia da política³⁵.

Nesse momento é fundamental a integração entre os formuladores e os implementadores para garantir que a política pública alcance os objetivos planejados, garantido o sucesso da política ora implementada.

2.3.5 *Avaliação de políticas e a correção das ações*

A avaliação é definida por Secchi como o momento “em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou”.³⁶

Contudo, o conceito trazido por Secchi é de certa forma restrito, posto que, a avaliação vai muito além da simples análise do processo de implementação e desempenho, estando presente em todas as fases do ciclo da política.

Nesse contexto, segundo Cavalcanti, a avaliação é um instrumento indispensável para a gestão e conhecimento da viabilidade de determinado programa, fornecendo informações para a tomada de decisões dos gestores, formuladores, implementadores, dentre outros *stakeholders*.³⁷

No mesmo sentido, Jannuzzi também afirma que a avaliação:

é um empreendimento técnico-científico que se vale de **métodos de pesquisa social** para investigar a situação, problemas e diferentes aspectos da gestão de um programa público ao longo do seu ciclo de vida, da sua concepção à entrega de bens e serviços para usufruto dos públicos-alvo visados, considerando o **contexto**

³⁴ SECCHI, 2013, p.46.

³⁵ FREY, 2000.

³⁶ SECCHI, op. cit., p.63.

³⁷ CAVALCANTI, 2016.

organizacional e político em que ele se insere, com a finalidade de informar, em tempo, as necessidades de aprimoramento de suas atividades e produtos³⁸

Analisado o ciclo da política como um todo, fica claro que a avaliação deve perpassar cada uma das etapas que compõem o ciclo da política pública, sendo o resultado dessas avaliações que impulsionam o aprimoramento das políticas³⁹.

Nesse contexto, o presente trabalho se propõe a compreender a política de ressarcimento, e o seu contínuo processo de implementação, analisando como a política foi implementada e vem sendo alterada no decorrer dos 20 anos desde a sua criação.

2.5 Direito à saúde no Brasil

2.5.1 A reforma sanitária como impulsionador do direito à saúde

Diante do cenário histórico de construção dos direitos sociais, um movimento foi fundamentalmente relevante para impulsionar a construção do direito à saúde como nós o conhecemos, sendo responsável por travar diversos debates quanto à saúde e à democracia dentro de um contexto de luta contra a ditadura, ficando conhecido como reforma sanitária.

No Brasil a reforma sanitária nasceu em um contexto de luta contra a ditadura, estruturando-se, especialmente, nas universidades e nos movimentos sindicais, trazendo à tona discussões relacionadas às mudanças necessárias na área da saúde.

Dentre os diversos temas trazidos pela reforma sanitária estava a ideia, posteriormente acolhida pela Constituição Federal de 1988, de que o direito à saúde não deveria se limitar ao cuidado de enfermidades, devendo abarcar todos os aspectos relacionados a condição de vida da população⁴⁰.

Até então, e como será mais abordado no próximo tópico, a forma de pensar a saúde até a década de 1970 estava vinculada à doença, pensamento esse que foi paulatinamente alterado por meio do movimento da reforma sanitária, o qual ampliou o a abrangência do que deve ser entendido como o direito à saúde.

A reforma sanitária consolidou-se durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento a partir do qual a sua força e participação dentro da sociedade possibilitaram a proposição de emendas e projetos que pleiteavam alterações no âmbito da saúde, culminando

³⁸ JANNUZZI, Paulo de Martino. Métodos de pesquisa social aplicados à Avaliação de Programas: uma introdução. In: JANNUZZI, Paulo de Martino. **Monitoramento e Avaliação de programas sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016, p. 74.

³⁹ CAVALCANTI, 2016.

⁴⁰ SILVA, Alessandra Ximenes. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J., MARTINIANO, C., PATRIOTA L. M., (org) **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117 a 146. Disponível em:<
<http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-07.pdf>>. Acesso em 19 de jun. 2018, p. 117 a 146.

na conquista da universalização da saúde, princípio norteador do direito à saúde no Brasil, a criação de Conselhos de Saúde e das conferências como forma de participação dos usuários, dentre outros avanços.⁴¹

Nesse contexto de complexo desenvolvimento dos direitos sociais, o movimento da reforma sanitária foi um propulsor para a concretização do direito à saúde, e do Sistema Único de Saúde.

2.5.2 *O desenvolvimento do direito à saúde na história do Brasil*

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais e de relevante papel social garantido pela Constituição Federal, sendo basilar para a concretização de outros direitos tais como a dignidade da pessoa humana.

Antes do século XX, o direito à saúde não era considerado um direito individual e autônomo, não possuindo uma efetiva proteção jurídica seja nacional ou internacional.

Conforme abordado dentro do histórico da construção dos direitos sociais no Brasil, durante o período colonial até o fim do império em 1889, não existiu qualquer tipo de política de saúde, sendo aplicadas apenas medidas pontuais para minimizar os problemas de saúde que pudessem afetar a economia.

Assim, os cuidados médicos e dos boticários ficavam restritos a classe dominante, cabendo ao restante da população cuidados junto a curandeiros e casas de caridade.

Durante o período da República (1889 a 1930), com o aumento da circulação de mercadorias, a vinda de imigrantes para substituírem os escravos, dentre outras alterações na economia, surgem ações de saúde bastante específicas, como, por exemplo, as ações públicas sanitárias militarizadas com Oswaldo Cruz, as ações sanitaristas educacionais com Carlos Chagas e as ações de assistência medicas privatistas.⁴²

Importante ressaltar que neste período ainda não se falava em uma vinculação entre o Estado e a necessidade de prestar qualquer serviço relacionado à saúde para os indivíduos, sendo realizadas apenas e pontualmente ações sanitárias.

Apenas nas primeiras décadas do século XX ocorreu uma significativa alteração nas obrigações do Estado quanto à saúde dos indivíduos.

⁴¹ PAIM, JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro, 2008.

⁴² SIMIONI, Ariani. O Direito Humano e fundamental à Saúde no Brasil e em Portugal. **Revista Unisc**, Santa Cruz do Sul, p.1-20, 2015. Disponível em: <
<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/efpd/article/view/13238>>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

Nesse período fortemente marcado por movimentos grevistas e reivindicações dos trabalhadores, foram alcançadas conquistas coletivas da classe operária, e dentro delas estavam englobadas reivindicações relacionadas à proteção da saúde.⁴³

O movimento sindical, embora ainda incipiente, conseguiu impulsionar de forma significativa o ordenamento jurídico, de forma que, pela primeira vez uma Constituição Federal Brasileira passou a prever obrigações para o Estado frente à saúde.

A Constituição Federal de 1934 passou a prever, em seu art. 10, II, que cabia a União e aos estados a organização da prestação do direito à saúde e assistência social, além de estabelecer atribuições estatais, a Carta também consagrou garantias de assistência médica e sanitária aos trabalhadores:

Art. 121 (...)

§1º – A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador: (...)

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante (...) e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte.⁴⁴

Em seguida, a Constituição Federal de 1937⁴⁵, seguindo as mesmas diretrizes, trouxe algumas considerações sobre o direito à saúde, mas mantendo essencialmente normas protetivas aos trabalhadores. Caminho este que também foi seguido pelas demais Constituições que vieram antes da Constituição Federal de 1988.

Diante deste cenário, antes da Constituição Federal de 1988, o principal critério para distinguir quem detinha o acesso aos serviços de saúde era o trabalho, ou seja, aqueles que não estivessem inseridos no mercado de trabalho não poderiam usufruir dos serviços até então fornecidos pelo Estado⁴⁶.

Logo, existia assistência médica, mas apenas para os trabalhadores e suas famílias, de forma que o acesso era diretamente condicionado a uma contribuição do trabalhador, e as prestações do Estado ficavam vinculadas às contribuições efetuadas⁴⁷.

⁴³ ANTUNES, R. L. C. **O que é sindicalismo**. 16 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989, p. 53.

⁴⁴ BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm >. Acesso em: 31 de maio de 2018.

⁴⁵ BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm >. Acesso em: 31 de maio de 2018.

⁴⁶ GUERRA, Daniela de Lima Ranieri. **A Dialética do Direito à Saúde**: entre o Direito Fundamental à Saúde e a Escassez de recursos. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas. Pouso Alegre, 2017, p. 45.

⁴⁷ DINIZ, Isadora Moraes. **Direito à saúde e judicialização**: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde. Dissertação (Mestrado) - Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015, p. 18.

Nota-se assim que durante um longo período a saúde não foi identificada como um problema para Estado, não chegando a entrar na agenda do Estado, sendo considerada apenas um percalço a ser superado para possibilitar a continuação da força de trabalho, cabendo ao Estado apenas fornecer saneamento básico e a assistência mínima aos trabalhadores.

Essa política teve como consequência direta a consolidação de um conceito de saúde ligado à existência ou não de doença na população, afastando-se por completo os questionamentos quanto à condição e a qualidade de vida dos indivíduos.⁴⁸

O direito fundamental à saúde como nós o conhecemos foi consagrado apenas na Constituição de 1988, de forma que, como visto, os textos constitucionais anteriores faziam apenas referências esparsas.

A Constituição de 1988, fortemente influenciada pelas manifestações do movimento da reforma sanitária, veio com a intenção de trazer um novo modelo jurídico para a saúde no Brasil, deixando de vincular a saúde a uma ausência de doença, e passando a ter uma visão democrática da saúde que leva em consideração o bem-estar físico, mental e social dos seus cidadãos⁴⁹

E por outro lado, a Constituição também trouxe a necessidade de criar uma estrutura que possibilitasse a efetiva fruição desse direito, passando a existir o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado, bem como o dever de desenvolver políticas públicas capazes de concretizar o direito à saúde⁵⁰.

Assim, dentro de um contexto no qual ganham força os direitos de terceira geração, sendo estes direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos, os quais buscam acolher e proteger grupos e perfis que até então não demandavam a atenção do Estado, surgem as demandas por ações afirmativas e prestacionais positivas, deixando de lado a simples figura de indivíduos em busca de garantias individuais e trazendo à tona a particularização de temas mais genéricos como meio ambiente, direito do consumidor, dentre outros⁵¹.

2.5.3 *Direito à saúde*

Como analisado, o direito à saúde existente no Brasil até a promulgação da Constituição de 1988 estava diretamente vinculado a uma prestação apenas para os trabalhadores e com o

⁴⁸ FLUMINHAN, Vinícius Pacheco. **A judicialização do direito à saúde no SUS: limites e possibilidades**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Metodista de Piracicaba, 2014, p. 25.

⁴⁹ RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde** – De acordo com a constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005, p. 264.

⁵¹ IBANHES, Lauro Cesar. **A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil: difusos e coletivos ou confusos e seletivos**. 2010. Disponível em < <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a01.pdf> >. Acesso em 17 de jun. de 2018.

olhar somente para a existência ou ausência de enfermidades. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde foi significativamente ampliado, conforme veremos adiante.

O grande marco para essa mudança quanto ao entendimento do que seria saúde foi a Criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, a qual tem como objetivo específico à promoção e a proteção da saúde para todos os povos.

A OMS trouxe, no preâmbulo de sua constituição, a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença⁵², conceito este que foi utilizado como parâmetro para a Constituição Federal de 1988, e será utilizado como parâmetro para o presente trabalho.

No mesmo sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 também consagrou a saúde como direito humano essencial, prevendo, segundo Diniz, que “todo indivíduo tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis”.⁵³

O Conceito da OMS foi o primeiro grande marco teórico-referencial a caracterizar uma transição entre o período que a saúde era associada à existência de alguma enfermidade, e passou a caracterizar a saúde de forma ampla, levando em consideração o bem-estar e a felicidade como fatores primordiais quando se tratada de saúde. Ressaltando a necessidade da participação da sociedade e do Estado na sua garantia.⁵⁴

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro texto constitucional brasileiro a adotar o conceito de saúde utilizado pela OMS, trazendo a saúde como um conjunto capaz de propiciar o acesso aos mais diversos aspectos envolvidos na saúde, não trazendo qualquer limitação ao que deve ser entendido como saúde, bem como as medidas que podem ou devem ser adotadas para garantir o pleno exercício deste direito.

⁵² A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde, 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

⁵³ DINIZ, 2015, p. 21.

⁵⁴ Ibidem, p. 23.

Ao mesmo tempo em que trouxe o conceito atual de saúde, a Constituição também tratou de incluir expressamente a saúde como um direito, inserindo-o no sistema de seguridade social, conforme passaremos a analisar.

O sistema de seguridade social compreende, segundo o art. 194 da Constituição Federal, “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.⁵⁵

Contudo, ao contrário da previdência e da assistência, a saúde possui acesso universal, estando prevista e definida no art. 196 da Constituição Federal de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁵⁶

Dessa forma, a partir da Constituição Federal de 1988 todos os brasileiros passaram a ser titulares do direito à saúde, não sendo mais vinculada à necessidade de o indivíduo estar inserido no mercado formal, como era até então, ou seja, deixou-se de garantir a saúde apenas para os trabalhadores, não fazendo, a princípio, qualquer distinção aos cidadãos ou imposição de condições para o acesso⁵⁷.

O art. 196 da Constituição Federal, ao consagrar o direito à saúde também trouxe um de seus aspectos principais, contendo em seu segundo trecho a previsão de “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Esse segundo trecho traz em sua essência o sistema de saúde que foi inaugurado pela ordem constitucional atual, qual seja: o Sistema único de Saúde (SUS), e devidamente previsto no art. 198 da CF. Souza aponta que

O art. 198 é a matriz constitucional do sistema único de saúde, o SUS, *rede regionalizada e hierarquizada* de ações e serviços públicos de saúde que constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; do *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da *participação da comunidade*, sistema este responsável pelo oferecimento de mais de 75% da assistência à saúde da população brasileira.⁵⁸

Com o advento do SUS, os serviços e ações de saúde passaram a ser tratados em uma rede única, de acesso universal, possibilitando o acesso à saúde e aos serviços fornecidos

⁵⁵ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >. Acesso em: 31 de maio de 2018.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ GUERRA, 2017, p. 44-45.

⁵⁸ SOUZA, Jorge Munhós de. **Diálogo institucional e direito à saúde**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011, p. 207.

pelos Estados independentemente de qualquer contribuição ou do preenchimento de qualquer condição.

2.6 Sistema Único de Saúde

Considerando a discussão trazida quanto ao direito à saúde no Brasil, entramos agora em um dos principais pontos para possibilitar a análise da política de ressarcimento ao SUS. Isto pois, para conseguirmos analisar a política do ressarcimento é fundamental ter em mente o cenário no qual o instituto está inserido, bem como a quais normas gerais o ressarcimento ao SUS está atrelado.

A saúde, como visto anteriormente, pode ser entendida de diversas formas, por exemplo, como um bem individual e, assim, entendida como um direito subjetivo que permite ao indivíduo requerer do Estado medidas visando à concretização desse direito.⁵⁹ Por outro lado, a saúde também pode ser vista como um bem coletivo, com um número indeterminado de titulares.

Diante desse cenário, muito se questiona sobre como satisfazer o direito à saúde, em especial frente ao fato de que a saúde tem um custo, logo, analisar a forma sob a qual será organizado o sistema para atender a população é um ponto chave.

Questão pacífica é a de que é impossível que o indivíduo dê conta sozinho de sua saúde, sendo necessário que a sociedade como um todo e o Estado participem do processo de satisfação desse direito.

Atualmente, em que pese não se encontre tipos puros de sistemas, sempre existindo algum nível de relacionamento entre o setor público e o setor privado, é possível apontar a existência de três formas de se organizar os sistemas nacionais de saúde para atender as necessidades da população, sendo elas: o sistema de livre mercado, o sistema que privilegia a prestação universal de iguais serviços à totalidade de cidadãos e o sistema misto⁶⁰, os quais passaremos a identificar.

Aqui é importante frisar que, em que pese a abordagem utilizada pelo presente trabalho, os tipos puros de sistema normalmente não são encontrados, e o que se identifica são diversas formas de interação e relacionamento entre o setor público e o privado⁶¹.

⁵⁹ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudo sobre direitos fundamentais**. 1.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2008, p. 57.

⁶⁰ CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário**. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012, p. 121.

⁶¹ Ibidem, p. 122.

2.6.1 Sistema de livre mercado

No sistema de livre mercado a saúde é considerada um bem, e como qualquer outro pode ser adquirido conforme a disponibilidade financeira do usuário. Ou seja, o indivíduo tem acesso ao serviço que pode pagar, tendo a assistência correspondente à cobertura contratada⁶².

Por óbvio, ainda que a natureza desse sistema seja o livre mercado, é necessária uma rede mínima de seguridade social capaz de atender as necessidades mais grave e urgentes.

O sistema de livre mercado é fundamentalmente baseado na iniciativa privada, ficando a cargo do Estado apenas a cobertura da população mais pobre e dos idosos. Os demais indivíduos que não se enquadram nestes dois grupos procuram seguros privados.

A principal crítica feita ao sistema liberal é quando ao fato de que normalmente o mercado privado não tem interesse em assegurar uma pessoa doente com patologias crônicas e cujo tratamento seja extremamente caro. Ficando tal parcela da população exposta a uma ausência de assistência ou a preços exorbitantes⁶³.

Outro ponto é quanto à injustiça social em face das classes sociais mais desfavorecidas, as quais não possuem condições de arcar com o serviço de saúde que necessitam. Afastando de forma evidente a ideia de igualdade entre os cidadãos.

2.6.2 Sistema público

No exato oposto do sistema liberal, encontra-se o sistema público, valorizando a ideia de igualdade entre os cidadãos por meio de uma assistência sanitária igual para todos. A base desse sistema é a ideia de que um ser humano não vale mais do que o outro, devendo ser garantido a todos um único sistema de saúde.

O sistema baseado na distribuição igualitária tem por premissa o fato de que todos participam independentemente de sua condição social ou financeira. Inclusive, a participação de camadas mais ricas da sociedade garante a melhor qualidade do sistema, uma vez que essas classes têm interesse em ter um sistema de alto nível, revertendo em benefício de toda a população⁶⁴.

Esse sistema sofre muitas críticas, em especial, segundo Castro, diante da dificuldade de se precisar o quão completo o sistema deve ser, bem como de diferenciar quais seriam as

⁶² CASTRO, 2012, p. 123.

⁶³ Ibidem, p. 123.

⁶⁴ CASTRO, op. cit., p. 123.

necessidades essenciais a serem garantidas pelo sistema público e quais podem ser deixadas a cargo do indivíduo⁶⁵.

Outras críticas referem-se à dificuldade de se definir o que deve ser considerado uma doença grave e quais pedidos devem ser atendidos, uma vez que não é possível dar a todos tudo que requerem. No mesmo sentido, alguns estudiosos também afirmam que esse sistema desestimula a iniciativa privada, posto que como tudo é garantido a todos, diminuem os estímulos à área privada para inovar e crescer⁶⁶.

2.6.3 Sistema misto

O sistema misto é o tipo de organização na qual coexistem duas formas de assistência médica, um sistema público financiado pela arrecadação fiscal que fornece assistência a todos e o sistema privado que pressupõe a livre iniciativa, existindo um mix público-privado.

Uma das vantagens desse sistema é que, por um lado permite que o particular contrate ou não os serviços fornecidos no mercado, estimulando a livre iniciativa, e por outro garante que as pessoas menos favorecidas também tenham os cuidados com a saúde⁶⁷.

Essa relação público-privado no sistema misto pode ocorrer em um sistema público universal, como no Brasil, ou em um sistema público que privilegia algumas categorias por meio do seguro social, nos quais grande parte da população tem acesso ao sistema público, mas os mais ricos devem ser cobertos pelo sistema privado⁶⁸.

Como dito acima, o sistema adotado no Brasil, SUS, é como um sistema misto, no qual, ao lado do setor público tem-se a participação da iniciativa privada de forma complementar ou de forma suplementar.

Um dos pontos mais delicados é exatamente saber qual o nível máximo de assistência a ser fornecido pelo setor público e o que pode ser deixado a cargo do setor privado, e como estes dois setores devem interagir.

2.6.4 A criação do SUS

Antes da criação dos SUS, o Ministério da Saúde era preponderantemente responsável por desenvolver as ações relativas à saúde, em especial campanhas de vacinação e controle de

⁶⁵ CASTRO, 2012, p. 123.

⁶⁷ SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado**: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 22.

⁶⁸ SALTMAN, Richard. Social Health Insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. In: SALTMAN, R.; BUSSE, R; Figueras, J. **Social health insurance systems in Western Europe**. England Open University Press, 2004, p. 4-20.

endemias, e alguns poucos hospitais mantidos pelo governo federal que tinha objetivo de atender a população que contribuía para a Previdência Social⁶⁹.

Com a crise da Previdência social em 1970, os institutos do então Ministério da Previdência e Assistência social passaram a incluir entre seus beneficiários os trabalhadores rurais, e ao final dos anos 80, cessou-se a exigência de comprovação da qualidade de contribuinte para ser atendidos nos hospitais e ambulatorios mantidos pelo Governo Federal⁷⁰.

Nesse momento, muito já se falava sobre a necessidade da universalização da assistência médica. Em 1987, através de uma proposta no Ministério da Previdência e Assistência social, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS)⁷¹.

A criação do SUDS foi o início de um sistema de saúde de cobertura universal, e o principal objetivo do SUDS era tentar garantir que os recursos destinados à saúde não fossem apropriados para outros fins.

O SUDS foi criado no mesmo ano em que se instalou na Câmara dos Deputados a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e em que eram desenvolvidos os trabalhos da Constituinte⁷². Tais movimentos foram fundamentais para influir na criação do Sistema único de Saúde, e na inclusão de diversos artigos relevantes para o âmbito da saúde na Constituição Federal de 1988. Para Castro,

não há como negar que a articulação dos intelectuais, profissionais da área da saúde, sindicatos e representantes da sociedade civil foi vitoriosa no sentido de influir diretamente, durante a Assembleia Constituinte e no período da elaboração da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, na criação do Sistema Único de Saúde em que se assegurasse a toda a população o acesso universal às ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção⁷³.

Nesse sentido, em 1988 com a promulgação da Constituição Federal e em 1990 com a edição da Lei 8080/90, conhecida como Lei orgânica da Saúde, foi criado um sistema único de saúde, hierarquizado, descentralizado, e fundado na universalidade de acesso e integralidade dos serviços a todos os brasileiros.

2.6.5 Principais características do SUS

O fundamento constitucional para a criação do SUS é encontrado no art. 198 da Constituição Federal o qual prevê que:

⁶⁹ CASTRO, 2012, p. 126.

⁷⁰ Ibidem, p. 126.

⁷¹ ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 79.

⁷² Ibidem, p. 80.

⁷³ CASTRO, op. cit., p. 131.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Assim, o SUS foi idealizado na Constituição Federal como uma rede de serviços regionalizada, descentralizada e hierarquizada.

No mesmo sentido, a Lei 8.080/90⁷⁴, conhecida como Lei Orgânica de Saúde, veio com o fim de regulamentar os dispositivos constitucionais que tratavam sobre o SUS, criando condições efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização dos serviços correspondentes.

Nos termos da Lei 8.080/90, o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Segundo Weichert, e ao contrário do que era até então praticado,

[...] O Sistema Único de Saúde não foi formulado apenas para a população carente (como uma política de assistência social) ou para os que contribuem à seguridade social (como uma prestação previdenciária), mas sim para a garantia de saúde a todos que necessitarem e desejarem a ele (o sistema público) recorrer [...].⁷⁵

Segundo o previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, Fernando Aith conceitua o SUS como

a instituição jurídica criada pela Constituição Federal para garantir o direito à saúde, por meio da execução de políticas públicas que assegurem a redução do risco de doenças e agravos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde no Brasil

Assim, entende-se o SUS como um sistema formado por uma rede de ações e serviços públicos organizados para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Castro, para que o sistema do SUS pudesse funcionar, este foi organizado em uma rede de serviços regionalizada, descentralizada e hierarquizada, possibilitando o atendimento integral do paciente, desde o atendimento nas unidades básicas de Saúde, até a realização de procedimentos mais complexos⁷⁶.

O SUS foi criado com objetivos, princípios e diretrizes já delimitados. Segundo Aith “O recado dado pela Constituição resta evidente – os objetivos do SUS devem ser alcançados de

⁷⁴ BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

⁷⁵ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, p. 158.

⁷⁶ CASTRO, 2012, p. 133.

acordo com os princípios fundamentais e em consonância com as diretrizes expressamente estabelecidas pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde⁷⁷

Dessa forma, os objetivos do SUS estão definidos no art. 196 da CF e no art. 5º da Lei Orgânica da Saúde, sendo estes:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

No mesmo sentido, a fim de alcançar os objetivos acima descritos, o art. 7º da Lei Orgânica da Saúde trouxe o rol de princípios aos qual o SUS deve obedecer⁷⁸. Traremos a seguir os mais relevantes para o presente estudo.

O princípio da universalidade é a garantia trazida do art. 196 da Constituição Federal de que todo e qualquer cidadão terá direito a atenção à saúde.

Por meio da universalidade, passa-se a garantir ao indivíduo o direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, independentemente de qualquer condição ou contribuição.

Assim, os serviços públicos de saúde passam a ser prestados sem discriminação de qualquer natureza e de forma gratuita, garantido o efetivo acesso universal aos cidadãos⁷⁹.

A integralidade é um princípio amplo que tem como objetivo garantir a atenção integral à saúde, ou seja, “a concepção de integralidade consiste em garantir ao usuário uma

⁷⁷ AITH, Fernando. Perspectivas do Direito Sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios de sua efetivação. In: SANTOS, Lenir (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes. Editora, 2010, p. 208.

⁷⁸ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

⁷⁹ CASTRO, 2012, p. 133.

assistência que associe a prevenção e o tratamento, considerando o indivíduo na totalidade, num contexto que englobe a sua família e a comunidade de pertencimento”⁸⁰.

Assim o princípio da integralidade visa afastar uma prática de assistência dissociada de outros fatores relevantes, e evidencia a necessidade de se articular e ampliar a visão do indivíduo e suas necessidades⁸¹.

O princípio da descentralização visa garantir que cada município, Estado, o Distrito Federal e a União tenham capacidade para executar atribuições relacionadas à saúde, possuindo uma direção única em cada um dos entes federativos.

A descentralização das ações à saúde, que se dá por meio da gestão autônoma do ente federativo, teve e tem como objetivo acabar com a estrutura hierárquica da Administração Pública que isolava as esferas administrativas e os cidadãos, centralizando os processos decisórios e desconsiderando as realidades locais⁸².

A descentralização passou por um processo gradual, por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde que possibilitaram que alguns estados e município se tornassem efetivos gestores do sistema e não apenas prestadores de serviços⁸³.

No mesmo sentido da descentralização, a criação do SUS trouxe uma nova sistemática, sendo esta gestão compartilhada.

A gestão compartilhada tem como objetivo abrir os espaços de gestão para que os interesses sejam levantados e ponderados, sendo fundamental que a comunidade esteja envolvida nestes debates⁸⁴.

Para tanto, a Lei nº 8142/90 prevê a criação das Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, atuando em cada esfera do governo e tendo como integrantes representantes de vários segmentos, tanto de usuários, entidades de trabalhadores da saúde e representantes do governo.

⁸⁰ ARAÚJO, Thamyres M. de. FRANCO, Túlio B.; JÚNIOR, Wanderley M. R.; SOUZA, Jairrose N.; SOUZA, Márcio C. de; e VILELA, Alba B. A.. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012, p. 452 – 460. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf>. Acesso em: 2 de jun. de 2018.

⁸¹ MACHADO MFAS; MONTEIRO EMLM; QUEIROZ DTT; VIEIRA NFC; BARROSO MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, mar-abr. 2007.

⁸² CASTRO, 2012, p. 134.

⁸³ SCOTTI, Ricardo F. **Informações sobre a NOB-96**: um novo modelo de gestão do SUS. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>>. Acesso em: 17 mar. 2008.

⁸⁴ OHLWEILER, Leonel Pires. Políticas públicas e controle jurisdicional: uma análise hermenêutica à luz do Estado Democrático de Direito. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos fundamentais**: orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010, p. 300-306.

Todavia, em que pese à essencialidade da participação destes integrantes, o desempenho dos Conselhos e das Conferências ainda é ineficiente, permanecendo, vinculado aos interesses do Poder Executivo⁸⁵.

Por fim, temos o princípio da regionalização e hierarquização. Antes da criação do SUS, independentemente de qual nível de atenção o indivíduo estivesse demandando, via de regra, a porta de entrada para o sistema de saúde eram os hospitais que prestam serviços de média e alta complexidade, desviando a demanda que seria de atenção básica.

Diante desse cenário o SUS trouxe em sua base os princípios da regionalização e hierarquização, os quais preveem que os serviços de saúde prestados pelo SUS devem ser planejados e organizados de acordo com o nível de complexidade das demandas.

Nesse sentido foi editada a Norma Operacional de 2001 (NOB-01), que estabelece uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, visando alcançar maior equidade.

A ideia de rede é garantir que se determinado município sozinho não tem condições de fornecer serviços de média e alta complexidade, a região em que ele está poderá suprir essa demanda.

A regionalização também implica na hierarquização dos serviços, desde os serviços de atenção básica até os de média e alta complexidade.

Assim o SUS trabalha com uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Para tanto, os serviços foram divididos de acordo com os níveis de atenção à saúde (i) a atenção básica; (ii) a média complexidade; e (iii) a alta complexidade.

Com a hierarquização a ideia é restringir o acesso do indivíduo direto ao atendimento de média complexidade, dependendo de um julgamento prévio feito pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde ou nas Unidades de Saúde da Família para serem encaminhados para os serviços mais complexos⁸⁶.

Feita a discussão quanto aos principais aspectos caracterizadores do Sistema Único de Saúde, passamos agora a analisar a saúde suplementar, ou seja, a prestação de serviços de saúde pelo setor privado, perpassando desde a sua origem até a criação da lei 9.656/98, suas principais características e outros aspectos relevantes para o presente trabalho. Em especial a interação do SUS com a rede privada, sendo este o cenário no qual se insere o debate quanto ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde.

⁸⁵ MOREIRA, Marcelo Rasga. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of UHS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2009.

⁸⁶ NOVAES, Humberto de Moraes. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS**. São Paulo: PROAHSA/Livraria Pioneira e Editora: 1990, p. 23.

2.7 Saúde Suplementar

Como visto acima, o Brasil adotou um sistema de saúde misto, composto, assim, pelos subsistemas públicos e privado. Nesse sentido, o art. 198 da Constituição Federal trouxe a previsão do Sistema Único de Saúde e o art. 199 da Constituição Federal trouxe a previsão quanto ao sistema privado, prevendo que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Restou positivado o sistema misto adotado pela constituinte.

Para chegarmos a compreensão do atual sistema de saúde suplementar adotado pelo Brasil, é preciso realizar uma breve análise sobre como se organizou e se desenvolveu o sistema privado de serviços relacionados à saúde.

2.7.1 Histórico da saúde suplementar

A saúde suplementar no Brasil se iniciou muito antes da criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, remontando-se ao início do século XX.

No início do século XX estávamos no ápice da industrialização e da crescente reivindicação dos operários por uma condição de trabalho digna, pleiteando direitos trabalhistas mínimos, direito à saúde, a um trabalho digno. Em resposta as reivindicações operárias foram promulgadas, em 1923, a Lei Eloy Chaves, sendo o início da previdência privada no Brasil, surgindo por meio desta lei as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

87

As CAPs iam além da concessão do simples benefício previdenciário, e trazia, ainda que de forma residual, a prestação de serviços médicos aos trabalhadores e seus dependentes.

A vinculação entre a Previdência Social e as políticas de saúde no país é tão profunda, que até a década de 1980, permanece sobre a competência da previdência social a assistência à saúde em caráter individual. Assim, segundo Menicucci

A assistência médica governamental se desenvolve como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contratual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população⁸⁸.

⁸⁷ BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf.**, v.30, n.3, São Paulo 1996, p.380-98.

⁸⁸ MENICUCCI, T.M.G. **Público e privado na política e assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 62

No mesmo sentido, ainda sob a égide da Previdência Social, em 1930 surge uma grande reestruturação e ampliação do sistema previdenciário no Brasil, surgindo os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que aos poucos substituíram as CAPs⁸⁹.

Uma das principais alterações trazidas pelas IAPs foi que a de que a cobertura deixou de ser por empresa e passou a ser por categoria profissional, aumentando significativamente a abrangência da atuação das IAPs.

A abrangência nacional das IAPs possibilitava uma maior mobilização de recursos e a melhor estruturação de alguns serviços, mas ainda assim, muitos IAPs contratavam serviços privados, em especial os de assistência hospitalar⁹⁰.

A partir dos anos 1940, paralelamente aos IAPs, algumas empresas, em especial as estatais e multinacionais, começaram a criar arranjos de assistência aos seus funcionários. Surgiu, assim, o sistema de autogestão, como, por exemplo, a Caixa de assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criado em 1944.

Na década seguinte, no contexto de industrialização trazido pelo governo de Juscelino Kubitschek, várias empresas multinacionais começaram a se instalar no Brasil, emergindo um novo arranjo de prestação de serviços médicos: a medicina em grupo.

As empresas buscando aumentar a produtividade, passaram a contratar serviços médicos de terceiros, nascendo a medicina em grupo.

Durante o período da ditadura militar, ocorreu a intervenção nos IAPs, vindo a realizar a unificação e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁹¹. Com a unificação do INPS houve a expansão da assistência a outros trabalhadores, como empregados domésticos, autônomos e trabalhadores rurais⁹².

Ao final da década de 80, o mercado de planos de saúde estava em plena ascensão, tendo sua atuação sido financiada em grande parte pelo Governo e expandida para outros interessados em cuidados médicos que não tinham acesso aos IAPs.⁹³

⁸⁹ BAIRD, Marcello Fragano. **Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017, p. 63.

⁹⁰ Ibidem, p. 64.

⁹¹ BERTOLOZZI, 1996, p.380-98.

⁹² SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho**. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000, p. 128.

⁹³ GAMA, M. V. **Um estudo sobre a evolução da indústria de medicina suplementar no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Economia) - IBMEC, Rio de Janeiro, 2006, p.66.

Ocorre que simultaneamente ao aumento da capitalização do setor privado, foram sendo evidenciadas as condições precárias da saúde da população, intensificando movimentos sociais em busca de novas políticas que assegurassem uma vida digna aos brasileiros.⁹⁴

Como resultados dos movimentos que pleiteavam, em especial, a reforma sanitária, foi promulgada a Constituição de 1988, garantindo o acesso universal à saúde e criando o SUS⁹⁵.

A criação do SUS não limitou a atuação da iniciativa privada, uma vez que a Constituição contou com a redação do art. 199 permitindo à iniciativa privada atuar livremente na assistência à saúde⁹⁶.

2.7.2 *Da regulamentação do setor*

Como visto, a década de 1980 foi marcada por dois movimentos, a criação do SUS e o crescimento da saúde suplementar. No mesmo sentido, ambos os movimentos foram incluídos na Constituição Federal de 1988, nos art. 198 e 199.

Por sua vez enquanto o art. 198 previu a criação do SUS e a previsão de assistência universal à saúde, o art. 199 contém, sem qualquer restrição, a previsão de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Segundo Baird, em atenção à possibilidade de atuação da iniciativa privada

Não há, nos parágrafos seguintes, qualquer consideração sobre o papel da saúde suplementar em específico. Há, apenas, diretrizes sobre a participação do setor privado de forma complementar ao SUS, a vedação da destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos e a proibição de que o capital estrangeiro participe da assistência à saúde no país.⁹⁷

A tarefa de regulamentar a Constituição, tanto para o sistema público quanto para o privado, foi completada apenas na década de 1990. Quanto ao setor público, como já abordado, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, com o objetivo de regular a prestação dos serviços de saúde pelo sistema público.

No que tange à regulamentação do sistema privado, o processo para concluir a edição da lei nº 9.656, em 1998, foi mais longo e marcado por uma intensa disputa de interesses.

Segundo Baird, alguns chegam a afirmar que a tardia regulamentação do setor privado ocorreu em razão da crença de alguns setores, em especial defensores do movimento sanitário,

⁹⁴ RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 440.

⁹⁵ PAIM, J., *et al.* **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. Lancet, v.377, n. 9779, May 21. 2011.

⁹⁶ BAIRD, 2017, p. 64.

⁹⁷ Ibidem, p. 78.

de que a assistência suplementar deixaria de existir quando o SUS estivesse integralmente implementado e em pleno funcionamento⁹⁸.

Em razão do lapso temporal de 10 anos entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a promulgação de uma regulação do setor privado, a saúde suplementar foi se ampliando e desenvolvendo nesse período sem qualquer regulação específica.

Assim, como não existiam regras mínimas para o setor, as regras para a prestação dos serviços eram fixadas por meio de contratos individuais firmados entre os planos e os beneficiários.

O primeiro movimento pleiteando a regulação do setor privado começou em 1989, levantado pelo Governo e a Susep, que até então era responsável pela regulação apenas das seguradoras, tendo como principal preocupação conter os preços dos planos, diante de um cenário de alta inflação.⁹⁹

Contudo, em que pese a iniciativa capitaneada pelo Governo em 1989, o processo regulatório foi paralisado durante o Governo Collor.¹⁰⁰

O tema relacionado à regulação do setor privado apenas volta a ser amplamente debatido já na década de 1990, diante do recém-aprovado Código de Defesa do Consumidor, passando a existir uma atuação significativa por parte das entidades de defesa do consumidor¹⁰¹.

Os órgãos de defesa do consumidor tinham como principais pleitos as restrições de cobertura e o aumento dos preços dos planos de saúde. Uma vez que, sem qualquer regulação, era comum a denúncia de práticas abusivas, como aumento de preço, prazos excessivos de carência, limitação de atendimento a determinados grupos e procedimentos, dentre outros.¹⁰²

Nesse momento, o Ministério da Saúde também entrou no debate, porém pleiteando a concessão do tema central do presente trabalho, a possibilidade de ressarcimento ao SUS¹⁰³. Ou seja, o problema que trouxe a necessidade da política do ressarcimento ao SUS foi identificado e entrou na agenda em um momento no qual as discussões relacionadas à

⁹⁸ BAIRD, 2017, p. 79.

⁹⁹ ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. 1998. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf>. Acesso em: 24 de jun. de 2018.

¹⁰⁰ MENICUCCI, 2007.

¹⁰¹ BAIRD, op. cit., p. 80.

¹⁰² SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

¹⁰³ BAIRD, op. cit., p. 82.

regulamentação da saúde estavam em pleno vapor, sendo esta a janela para a inclusão e a criação da política de ressarcimento ao SUS.

Assim, a necessidade de as operadoras ressarcirem o SUS pelos atendimentos realizados em clientes de planos de saúde era amplamente defendido entre os gestores do sistema público, em especial pela crítica consolidada quanto à prática das operadoras de encaminharem seus pacientes para o SUS para a realização de procedimentos mais onerosos.

Diante desse cenário e perpassando diversos debates, capitaneados, em especial por defensores da agenda econômica e de outro lado órgãos de defesa do consumidor, em maio de 1998 foi aprovada a Lei nº 9.656, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde.¹⁰⁴

A Lei dos Planos de Saúde veio com arcabouço amplo, tratando desde a autorização para funcionamento das empresas até as cláusulas que devem integrar o contrato celebrado com os beneficiários.

2.7.3 *Lei dos Planos de Saúde*

A Lei nº 9.656/98 foi promulgada trazendo a consolidação de pontos relevantes para a regulação do setor privado, podendo ser dividido em dois eixos, a regulação econômica e a regulação assistencial.

Segundo Baird, do ponto de vista econômico, foram estabelecidos diversos requisitos e condições para a atuação das operadoras de planos de saúde, como, por exemplo, (i) a necessidade de autorização para funcionamento e encerramento de atividades; (ii) regras para comercialização no mercado; e (iii) fornecimento obrigatório de informações¹⁰⁵.

Já na parte assistencial, a principal medida foi a inclusão de diversas regras de proteção ao consumidor, como (i) a instituição de plano-referência, definindo um patamar mínimo de serviços a serem prestados; e (ii) controle de reajustes do valor do contrato.

Dentre outros temas relevantes, para este estudo, a principal alteração trazida na Lei nº 9.656/98 foi a regulamentação do ressarcimento ao SUS trazida no art. 32.

Nesse sentido, a Lei dos Planos de Saúde trouxe a previsão de que, caso o beneficiário de determinada operadora realizasse tratamento previsto em seu contrato com a operadora na rede pública de saúde, a operadora teria que ressarcir o SUS.

Assim, sob uma perspectiva geral, a lei dos Planos de Saúde trouxe um avanço significativo em relação à situação anterior, atendendo, em alguma medida, o pleito de todos

¹⁰⁴ BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil.** Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

¹⁰⁵ BAIRD, 2017, p. 87.

os atores envolvidos. Nesse sentido, para Scheffer e Bahia “A Lei de Planos de Saúde, aprovada em 1998, representou, de alguma forma, avanço para a parcela da sociedade que utiliza a assistência médica suplementar no Brasil. ”¹⁰⁶

¹⁰⁶ SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 23.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho tem como objetivo compreender a política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, previsto no art. 32 da Lei 9.656/98.

De forma genérica o método científico pode ser entendido como o conjunto de normas a serem seguidas para produzir conhecimentos científicos.

Nesse sentido, Vianna entende que “método científico pode ser definido como um conjunto de regras básicas para realizar uma experiência, a fim de produzir um novo conhecimento, bem como corrigir e integrar conhecimentos pré-existentes”¹⁰⁷

Marconi e Lakatos já definem método científico como o conjunto de atos racionais e sistematizados capazes de alcançar o objetivo estabelecido, auxiliando o pesquisador na trajetória que será seguida.

Já as pesquisas são caracterizadas pelo tipo dos dados coletados, bem como pela forma que este serão analisados, podendo ser divididas em quantitativas ou qualitativas.¹⁰⁸

Nesse sentido, quanto ao método, a presente pesquisa foi predominantemente qualitativa, uma vez que buscou analisar a política de ressarcimento ao SUS diante de toda a sua complexidade, não se preocupando com resultados numéricos, mas sim em produzir informações e conduzir sua investigação por meio de diferentes métodos.

Para Minayo, a pesquisa qualitativa pode ser entendida como o tipo de pesquisa que trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, analisando um aspecto mais profundo das relações.¹⁰⁹

Quanto a natureza a presente pesquisa é uma pesquisa aplicada, buscando gerar resultados que possam ser efetivamente aplicados para incrementar os estudos quanto à política do ressarcimento ao SUS.

Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória, uma vez que se propõe a analisar os efeitos da política pública do ressarcimento sobre o seu público alvo dentro do contexto de uma avaliação de efetividade. Nesse sentido, para Gil, entende-se por pesquisas exploratórias aquelas que “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito”¹¹⁰

¹⁰⁷ VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. **Metodologia do trabalho científico**: um enfoque didático da produção científica. Ed. 1. Editora EPU. 2001.

¹⁰⁸ CHIZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

¹⁰⁹ MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

¹¹⁰ GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, v. 5. 2002, p.41.

Em relação ao tipo de coleta de dados, ou seja, ao procedimento, as pesquisas científicas podem ser classificadas como experimentais, bibliográficas, documentais ou por meio de combinação desses mecanismos.

Para Fonseca a pesquisa bibliográfica

[...] é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.¹¹¹

O mesmo autor também afirma que a pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica, sendo a principal diferença o fato de que a pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas, tais como, tabelas, jornais, relatórios, documentos oficiais, relatórios e etc.¹¹²

Para Martins, a principal distinção entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, está no fato de a pesquisa bibliográfica estar vinculada a diversos autores sobre o assunto, enquanto a pesquisa documental está voltada para documentos que ainda não receberam um efetivo tratamento analítico.¹¹³

Desse modo, os dados utilizados para fundamentar o presente trabalho foram coletados por meio documental e bibliográfico, sendo constituído, em especial, a partir de buscas na base de dados eletrônica SciELO¹¹⁴, do portal da CAPES¹¹⁵ e em bases abertas, como o site Google.

Ademais, foram consultados sites eletrônicos da ANS, do Ministério da Saúde, do TCU, do STJ, e do STF, nos quais foram localizados relatórios oficiais, documentos, decisões judiciais e pareceres.

Nesse sentido, a fonte dos dados é secundária, sendo realizada uma análise e interpretação de dados já disponíveis.

¹¹¹ FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002, p. 32

¹¹² Ibidem, p. 32

¹¹³ MARTINS, Rosilda Baron. **Metodologia científica**. Curitiba: Juruá, 2004.

¹¹⁴ <http://www.scielo.org/php/index.php>

¹¹⁵ <http://www.capes.gov.br/>

4 CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA DE RESSARCIMENTO AO SUS

Os debates relacionados à possibilidade do ressarcimento ao setor público remontam à criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967. Naquele momento não existia a obrigação de o Estado garantir a saúde da população, prestando atendimento apenas para os trabalhadores. Contudo, com o crescimento da quantidade de empresas particulares prestando serviço de saúde aos funcionários das empresas, o Estado foi se desobrigando de prestar assistência a tais pessoas.¹¹⁶

Essa situação fica evidente, quando, em 1975, o Ministério da Previdência e Assistência Social passou a prever que, quando existisse convênio entre uma empresa particular e uma empresa que prestasse serviços de assistência médica privada, o INPS ficaria desobrigado de prestar assistência aos funcionários, e caso o INPS realizasse o atendimento, o valor equivalente seria cobrado da empresa médica.¹¹⁷

Assim, nota-se desde 1967 o problema relacionado ao suposto custeio pelo Estado da atividade das operadoras de planos de saúde já havia sido identificado, contudo, não tinha ocorrido momento oportuno para a criação de uma política pública específica para mitigar tal situação.

Nesse sentido, apenas em 1998, durante os debates relacionados à regulamentação da saúde suplementar, surgiu a janela de oportunidade para dar efetividade à política do ressarcimento ao SUS, sendo o momento oportuno para se instituir a política do ressarcimento.

Na década de 1990 o pleito pela inclusão do ressarcimento surge em um cenário no qual já existiam diversas operadoras de planos de saúde atuando no mercado, ainda sem regulação, e com diversos beneficiários buscando atendimento no Sistema Único de Saúde, em especial para atendimentos de alto custo.

Dessa forma, havia um incômodo por parte dos envolvidos no SUS quanto ao fato de que habitualmente as operadoras ofertavam planos de saúde com coberturas que não eram efetivamente asseguradas ao beneficiário, levando as pessoas a buscar atendimento no SUS.

Assim, a política do ressarcimento surge com o objetivo de evitar que o Estado permaneça arcando com os prejuízos de tratamentos que deveriam ser suportados pela rede privada, e são rotineiramente transferidos para o SUS.

¹¹⁶ SCATENA, M. A. N. **O Ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos**. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

¹¹⁷ FREITAS, 2011, p. 27.

Aqui é importante destacar que a construção da política de ressarcimento se deu dentro de um contexto mais amplo de regulamentação à Lei 9.656/98, não sendo protagonista dentro dos debates travados.

Outro ponto relevante é o de que, segundo pesquisa realizada e a consulta respondida pela ANS¹¹⁸, a Lei nº 9.656/98 não foi precedida de uma exposição de motivos, o que dificulta uma análise aprofundada sobre o porquê da inclusão de cada artigo e quais os principais debates que foram travados naquele momento. Em especial no que tange ao ressarcimento do Sistema Único de Saúde.

De toda forma, adotamos como base para analisar as discussões quanto ao ressarcimento, o parecer nº 754/95 emitido pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS)¹¹⁹, sendo este o documento que trouxe de forma mais evidente qual era o problema que estava sendo analisado e que ensejava a adoção de uma medida pelo Estado, vejamos:

É natural e de direito que as pessoas que possuem algum tipo de seguro-saúde utilizem-se dos serviços do Sistema Único de Saúde nas circunstâncias já mencionadas, mas é de justiça, também, que o SUS seja ressarcido, pelas empresas seguradoras, pelos serviços prestados à população por elas segurada. (...) *A adoção de tal medida reverter-se-á em benefício da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde, que disporá de maiores recursos para o seu custeio, favorecendo segurados e não-segurados.* (...) Por outro lado, cessaria o duplo pagamento por serviços de saúde praticado por tantos cidadãos, desperdício de recursos a que o País não se pode permitir, já prejudicado que é pela renúncia de receita que o Imposto de Renda impõe, ao permitir o desconto da totalidade dos quantitativos gastos com as empresas de seguro-saúde, tenha ou não o contribuinte usado seus serviços.¹²⁰

Nesse cenário, o parecer da CAS deixa evidente que o ressarcimento foi trazido como uma resposta a um suposto enriquecimento sem causa das operadoras de plano de saúde em face do SUS. Percebe-se, portanto, a intenção do legislador de evitar o enriquecimento das operadoras com recursos do Estado e de custear o serviço público de saúde.

Segundo Biar, a ideia seria a de que, uma vez que as operadoras auferem lucros significativos e, ainda assim, se beneficiam das situações nas quais os usuários buscam

¹¹⁸ E-SIC. **Exposição de motivos da Lei Federal nº 9.656/98** - Pedido 25820000233201736. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=534755&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>. Acesso em 26 de jun. de 2018.

¹¹⁹ BRASÍLIA, Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1.289, de 1995**. Torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema único de Saúde pelo atendimento realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EFFEE885BF7B91A08280882D71DD5B74.proposicoesWeb1?codteor=1136036&filename=Avulso+-PL+1289/1995>. Acesso em 18 de jun. de 2018.

¹²⁰ Ibidem.

atendimento na rede pública, seria adequado que essas operadoras ressarcissem o SUS quando seus beneficiários o utilizassem.¹²¹

Nesse sentido, o ressarcimento ao SUS foi incluído no art. 32 da Lei 9.656/98, com o objetivo de concretizar a obrigação de as operadoras ressarcirem o SUS quando seus beneficiários buscarem a rede pública para atendimento cobertos pelo plano de saúde.

Garantiu-se, assim, que o SUS receba o valor gasto pela rede pública com atendimento de pessoas que deveriam ter sido atendidas na rede privada, em razão da existência de um contrato entre o beneficiário e a operadora, mas que acabam buscando atendimento no SUS.

Diante desse cenário, o art. 32 da Lei nº 9.656/98 instituiu a obrigação legal de as Operadoras de Planos de Saúde ressarcirem o SUS na hipótese de o setor público atender beneficiários da saúde suplementar cobertos contratualmente pelos seus planos privados, confere-se

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.¹²²

Analizando o artigo acima mencionado, há que se entender que o ressarcimento pelas operadoras será devido quando presentes os seguintes requisitos: (i) o consumidor de plano de saúde; (ii) for atendido pelo SUS; e (iii) os serviços prestados pelo SUS forem abrangidos pelo contrato celebrado entre a operadora e o beneficiário.

Dessa forma, segundo o disposto no art. 32 da Lei 9.656/98, caso uma pessoa que possua o plano de saúde procure atendimento no Sistema único de Saúde para realizar um procedimento que tem cobertura pelo plano de saúde, caberá à operadora efetuar o ressarcimento pelo procedimento realizado.

Por outro lado, caso uma pessoa que possua plano de saúde, porém sem cobertura de assistência odontológica, procure o SUS para receber atendimento médico odontológico, não há que se falar em ressarcimento, uma vez que o serviço prestado pelo SUS não é coberto pelo plano de saúde.

Ainda quanto às hipóteses de ressarcimento, com relação aos planos de saúde com coparticipação, por exemplo, quando a operadora é responsável por efetuar o pagamento de 70% do valor do serviço, e o beneficiário fica responsável por pagar o valor remanescente

¹²¹ BIAR, Tatiana. **Afinal, qual é a natureza jurídica do reembolso ao SUS?** Consultório Jurídico. 2015. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2015-mai-22/tatiana-biar-afinal-qual-natureza-reembolso-sus>>. Acesso em 14 de junho de 2018.

¹²²BRASIL. **Lei 9.656**, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm Acesso em 16 de jun. de 2018.

referente a 30%. Nesses casos, segundo o art. 10º, §3º da Resolução nº 22, de outubro de 1999, do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), “§ 3º Quando houver franquia ou coparticipação prevista em contrato, esta deverá ser deduzida do valor a ser ressarcido pelas operadoras”¹²³.

Logo, nos casos em que ocorre a coparticipação, é devido o ressarcimento apenas sobre o percentual pago pela operadora. Ou seja, considerando o exemplo dado acima, a operadora ficaria responsável por ressarcir ao SUS o valor equivalente ao percentual de 70% arcado pela operadora.

Reforçando os objetivos do ressarcimento acima identificados, a ANS também trouxe uma relação de objetivos do ressarcimento, sendo eles:¹²⁴

- (i) Evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras de Planos de Saúde;
- (ii) Tutelar os beneficiários de planos de saúde, desestimulando o descumprimento dos contratos celebrados pelas Operadoras; e
- (iii) Impedir o subsídio da atividade das Operadoras com recursos públicos, nos termos do art. 199, inciso II da Constituição Federal¹²⁵.

Frente ao exposto, e considerando que o objetivo do presente trabalho é compreender a política do ressarcimento ao SUS, buscaremos analisar os seguintes aspectos: (i) a política de ressarcimento ao SUS alcançou os objetivos definidos pela ANS? (ii) A política do ressarcimento, foi efetiva, ou seja, a política do ressarcimento é compatível com os princípios do SUS, no que diz respeito à universalização do direito à saúde e à construção de uma sociedade mais democrática e menos desigual?

4.1 Procedimento para o ressarcimento

Após a aprovação da Lei nº 9.656/98, o Governo Federal, por meio da Lei nº 9.961/00, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo esta responsável por fiscalizar, regulamentar e controlar os planos de saúde, nos termos do art. 1º da referida Lei

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território

¹²³ CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução nº 22**, de outubro de 1999. Disponível em: <http://www1.unimed.com.br/nacional/regulamentacao/legislacao/res_cons_22.asp>. Acesso em: 3 de jun. de 2018.

¹²⁴ ANS. **Ressarcimento ao SUS: Principais Conceitos**. Encontro ANS – Edição São Paulo – 29 e 30/09/2010. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

¹²⁵ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde¹²⁶.

A mesma Lei que criou a ANS também trouxe em seu art. 4º, VI a previsão de que cabe à ANS “estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS”. Dessa forma, coube a ANS criar e implementar o ressarcimento ao SUS pelas operadoras.

A ANS foi criada como uma autarquia em regime especial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sendo vinculada ao Ministério da Saúde, sendo esta responsável por implementar, fiscalizar e controlar a política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde¹²⁷.

Aqui é importante destacar que, como coloca Freitas, a ANS não foi derivada de nenhum órgão previamente existente, cabendo a ela em um curto período regular uma atividade privada robusta e já existente, e em um setor que ainda não havia sido efetivamente regulado pelo Estado¹²⁸.

Assim, a ANS não herdou nenhuma estrutura previamente existente, não possuindo quadro técnico formado e especializado e, em especial, acesso a informações sistematizadas sobre o mercado. Cabendo a ANS ao mesmo tempo constituir-se como Agência Regulatória e efetivar a Lei nº 9.65/98¹²⁹.

De forma sucinta, o procedimento de ressarcimento tem como base o cruzamento de dados realizado pela ANS. Contudo, o regime jurídico que fundamenta o mecanismo pelo qual esse ressarcimento ocorrerá é complexo e composto por diversas normas, dentre Leis, Instruções Normativas, Resoluções Normativas e Portarias, dando-se destaque para a Lei nº 9.656/98, a Lei nº 9.961/2000, e a Resolução Normativa nº 358/2015.

Os dados utilizados pela ANS são fornecidos pelas operadoras por meio do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), o qual é abastecido pelas próprias Operadoras de Planos de Saúde, as quais, nos termos do art. 20 da Lei dos Planos de Saúde são:

obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

¹²⁶BRASIL. **Lei nº 9.961** de jan. de 2000. Disponível em : < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 4 de jun. de 2018.

¹²⁷ FREITAS, 2011, p. 26.

¹²⁸ FREITAS, op. cit., p. 76.

¹²⁹ MONTONE, J. Evolução e Desafios do Regulação do Setor de Saúde Suplementar. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). **Regulação e Saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004

Partindo dessas informações a ANS cruza os dados cadastrais dos beneficiários disponíveis no SIB com as informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre os atendimentos realizados na rede pública, possibilitando, assim a identificação dos atendimentos passíveis de ressarcimento.

O objetivo do cruzamento de dados é exatamente excluir do rol de ressarcimento o atendimento de clientes que não tem plano de saúde ou que possuem contrato com plano de saúde, mas não tinham cobertura para o procedimento realizado.

Os dados referentes à rede pública são registrados de duas formas, (i) Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e (ii) a Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

Para fins de avaliação da política, essa informação é relevante, pois até 2015 a ANS realizou a cobrança apenas dos valores referentes aos atendimentos constantes na AIH, alegando que a base de dados da APAC não estava padronizada, impossibilitando o cruzamento dos dados¹³⁰.

Importante ter em mente que a razão pela qual apenas a AIH era, até então, cobrada pela ANS está intimamente ligada às dificuldades para se obter informações. A dificuldade de sistematização dos registros, somado ao volume de informações a serem processadas, o que dificultava a cobrança e a implementação da análise de todas as informações geradas pelo SUS, em especial quanto aos atendimentos realizados¹³¹.

Diante desse cenário, diversos entes do governo, em especial o Tribunal de Contas da União, começaram a identificar e criticar essas limitações na atuação da ANS.

Frente a tal pressão, e com base em relatórios e acórdãos apresentados pelo TCU¹³², algumas alterações foram realizadas, como, por exemplo, a realização de audiências com os servidores da ANS para cobrá-los quanto ao descumprimento dos prazos para análise; determinação de que a ANS começasse a processar a APAC, inclusive retroativamente, dentre outras medidas.

Como resultado desta situação, era cobrada uma parcela ínfima do que de fato seria devido pelas operadoras. Segundo a própria ANS, após o início da análise das informações contidas na APAC, a Agência previu um incremento de 149% do volume de procedimentos que seriam cobrados.¹³³

¹³⁰ BAIRD, 2017, p. 117.

¹³¹ FREITAS, 2011, p. 81.

¹³² BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 502/2009**. Plenário. Relator: VALMIR CAMPELO. Processo 023.181/2008-0. Ata 11/2009. Brasília-DF, Sessão 25/03/2009.

¹³³ ANS. **ANS amplia o ressarcimento com a cobrança de procedimentos de alta e média complexidade**. 8 de maio de 2015. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2841-ans->

Nesse sentido, a previsão da Agência foi concretizada, posto que, conforme o boletim informativo disponibilizado pela própria ANS, a quantidade de atendimentos identificados mais que dobrou após o início da análise da APAC.

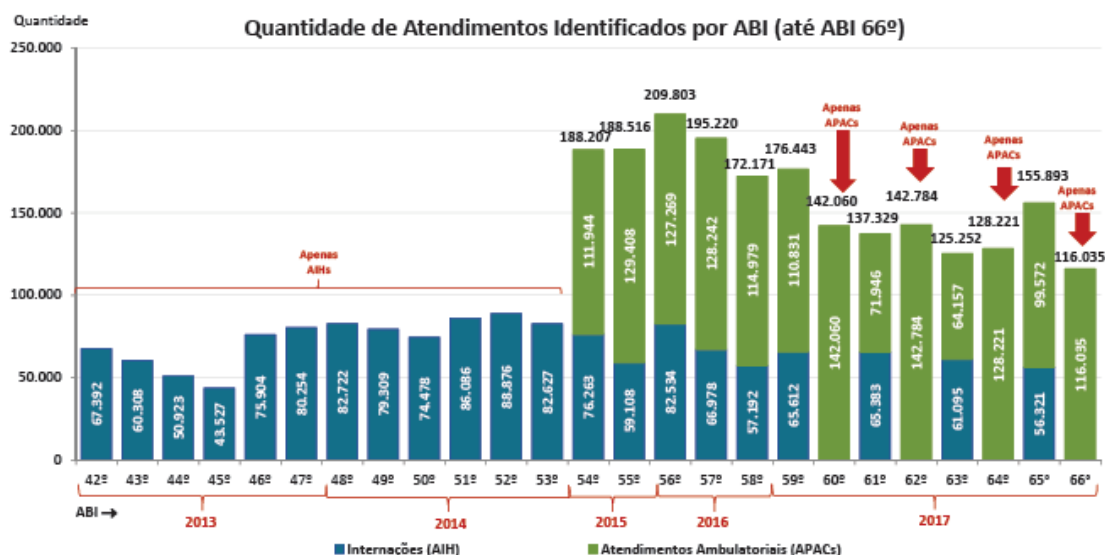


Gráfico 1: Quantidade de atendimentos

Fonte: ANS (2018)

Assim, nota-se que, até 2015 ocorreu uma significativa falha na implantação da política de ressarcimento, em razão da indisponibilidade dos dados pelo próprio Estado, de forma que após 2015 a ANS o número de atendimentos identificados pela ANS aumentou exponencialmente.

No mesmo sentido, após a implementação das medidas aplicadas pelo TCU, e do início da análise das informações contidas na APAC, correspondendo ao aumento de atendimentos identificados pela ANS, houve também um expressivo aumento dos valores repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

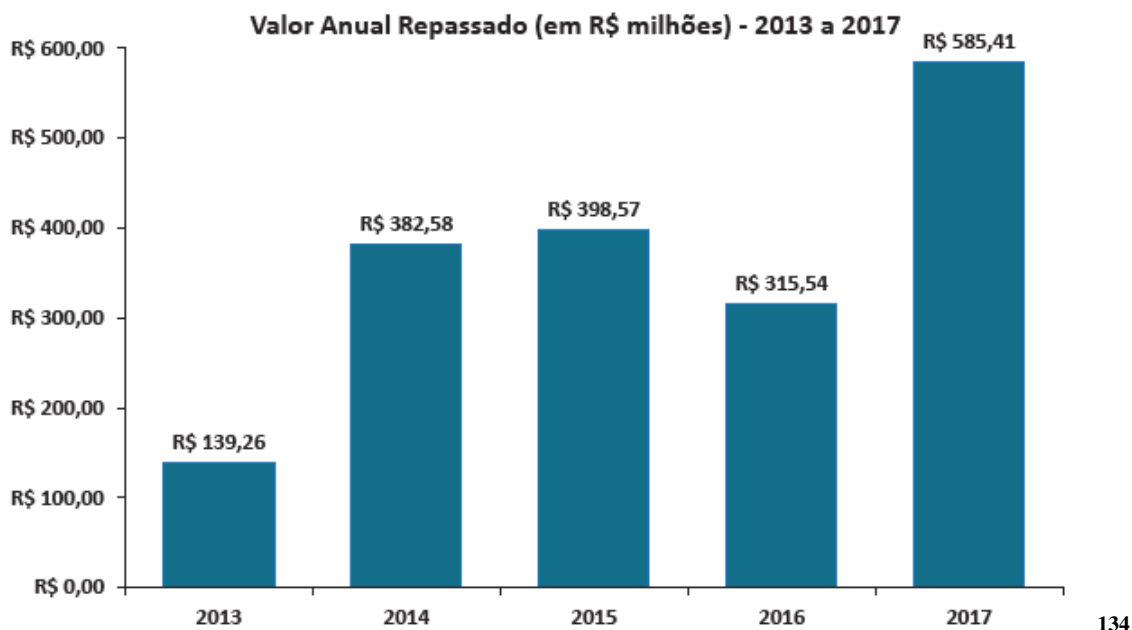


Gráfico 2: Valor anual repassado - 2013 a 2017

Fonte: ANS (2018)

Em outro lado, o processo para o ressarcimento tornou-se muito burocrático, uma vez que as operadoras utilizam diversos recursos para protelar o pagamento, sejam eles na via administrativa ou na judicial, situação essa reforçada pelas diversas discussões jurídicas existentes sobre o tema, que serão apontadas no item 4.2.

Nesse sentido, uma pesquisa do IDEC junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) verificou que “A ANS, em seis anos de funcionamento, cobrou das operadoras R\$ 463.582.951,00. Destes, foram ressarcidos ao SUS apenas R\$ 71,2 milhões, devidos a recursos administrativos no âmbito da ANS e a ações judiciais movidas pelas operadoras”¹³⁵

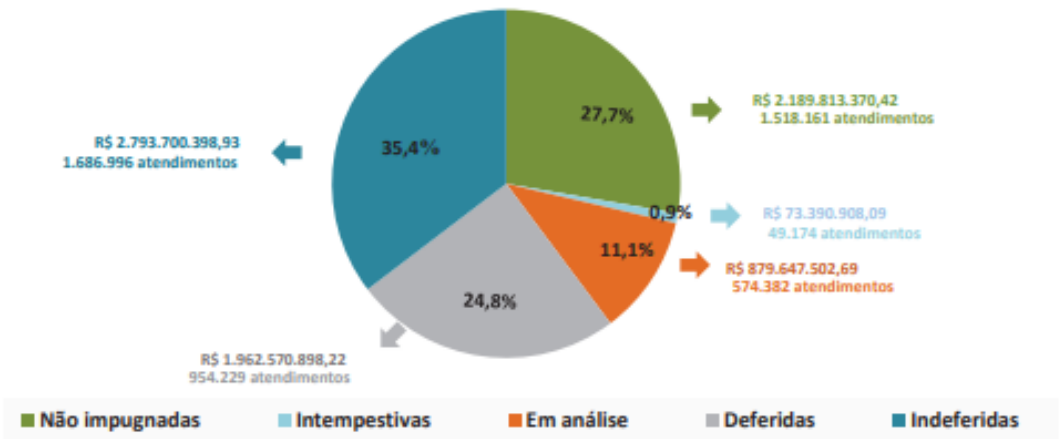
No mesmo sentido, em análise ao boletim informativo disponibilizado pela ANS¹³⁶ quanto ao ressarcimento do SUS até 2017, nota-se que em apenas 27,7% dos casos não foi apresentada impugnação pelas operadoras, sendo que em 72,3% dos atendimentos identificados pela ANS foi apresentada impugnação pelas operadoras.

¹³⁴ ANS. **Boletim informativo**: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n.5, abr. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/total_boletim_5_edicao.pdf>. Acesso em 16 de jun. de 2018.

¹³⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de Saúde**: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo: CREMESP/IDEC, 2007.

¹³⁶ ANS, Op. cit.

Gráfico 6 – Situação dos atendimentos identificados no ressarcimento



Fonte: SGI/ANS e SGR/ANS, 01/2018.

Não impugnadas:

procedimentos que não foram contestados pelas operadoras

Intempestivas:

procedimentos que foram impugnados fora do prazo

Em análise:

atendimentos que se encontram em análise, tanto em 1ª quanto em 2ª instâncias

Deferidas:

atendimentos para os quais as impugnações/recursos foram aceitos pela ANS

Indeferidas:

procedimentos que, após a 1ª e 2ª instâncias, serão cobrados pela não aceitação das impugnações/recursos realizados

Gráfico 3: Situação dos atendimentos identificados no ressarcimento

Fonte: ANS (2018)

No mesmo sentido, porém através de uma abordagem numérica, também é possível visualizar o significativo impacto causado pela excessiva impugnação pelos planos de saúde:

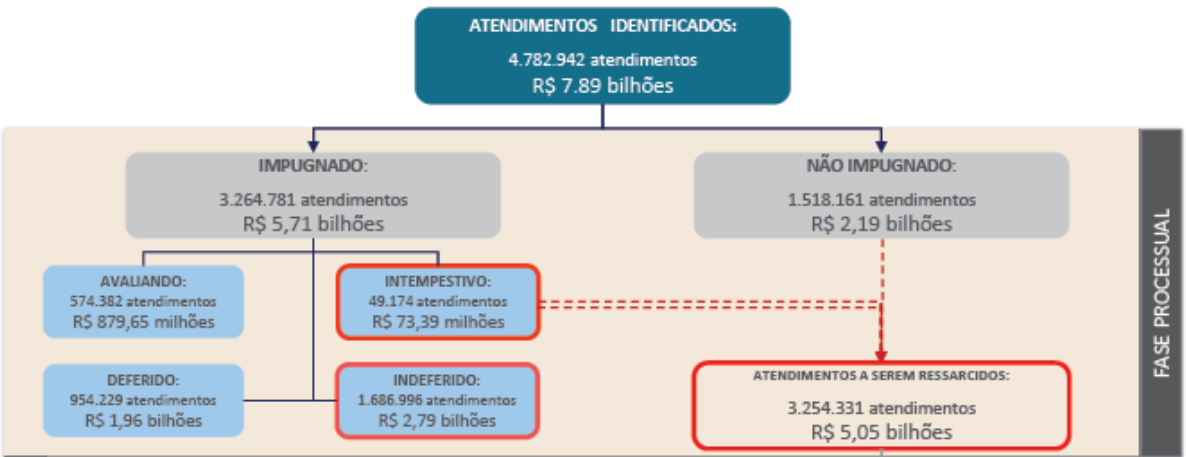


Figura 2: Número de atendimentos realizados

Fonte: ANS (2018)

De toda forma, em que pese os significativos avanços alcançados pela ANS frente ao ressarcimento ao SUS, ao analisarmos os dados fornecidos pela ANS, é possível notar que o valor identificado com potencial para ressarcimento é significativamente superior ao efetivamente ressarcido.

Nesse contexto, em que pese a ANS esteja cruzando todos os bancos de dados disponíveis, ainda existem falhas na identificação do que efetivamente é devido. Essa falha na identificação dos valores efetivamente devidos pode inclusive ser entendida como um fator a estimular o alto nível de impugnação pelas Operadoras, diante da taxa de sucesso de 24% das impugnações realizadas.

Aqui é importante destacar que as Operadoras estão agindo de forma legítima ao apresentarem suas impugnações, exercendo, assim, o direito constitucional do contraditório e ampla defesa previsto no inciso LV, do art. 5º da Constituição Federal¹³⁷. Todavia, notam-se tais informações como um possível efeito não esperado pela política pública de ressarcimento que, por um lado gera novos gastos para o Estado com a defesa tanto administrativa quanto judicial, e por outro retarda o pagamento dos valores devidos ao Estado.

4.2 O Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde no Poder Judiciário

Outro aspecto a ser analisado quanto à política pública de ressarcimento ao SUS é o seu alto nível de litigiosidade. Nesse sentido, o art. 32 da Lei 9.656/98 foi alvo de inúmeras críticas que deram embasamento para diversas ações judiciais questionando o fundamento para o ressarcimento.

Grande parte das críticas e questionamentos quanto à constitucionalidade ou não do instituto do ressarcimento ao SUS giram em torno da natureza jurídica do instituto e do fundamento para a sua cobrança, sendo importante analisar o contexto pelo qual perpassam essas discussões.

Ocorre que, em que pese o legislador e a ANS tenham deixado evidente o objetivo da política de ressarcimento, não há na legislação ou nos pareceres emitidos pelo Poder Legislativo qualquer indicação sobre a natureza jurídica do ressarcimento.

Diante dessa incompletude, o fundamento do ressarcimento ao SUS é um dos pontos mais questionados judicialmente, seja pelas operadoras ou pela própria ANS, sendo defendido

¹³⁷ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >. Acesso em: 31 de maio de 2018.

por alguns que se trata de uma obrigação tributária, e por outros de que se trata de uma hipótese de restituição relacionada a um enriquecimento sem causa das operadoras¹³⁸.

Passaremos agora a analisar cada uma dessas correntes.

4.2.1 Do ressarcimento como obrigação civil restituitória

A vinculação do fundamento jurídico do ressarcimento ao princípio do não enriquecimento sem causa é rotineiramente alegada pela ANS e defensores do Sistema Único de Saúde.

Tal corrente afirma que haveria um enriquecimento sem causa das operadoras em detrimento do Estado quando seus beneficiários são atendidos pela rede pública. Posto que, nos locais onde as operadoras se comprometem a prestar a assistência aos beneficiários, esta deve efetivamente prestar os serviços para os quais foi contratada, e caso não o faça deveria restituir o SUS pelos gastos incorridos.

Para darmos continuidade a análise do argumento, é fundamental entendermos de forma sucinta o que é o enriquecimento sem causa.

Atualmente o enriquecimento sem causa está previsto no art. 884 do Código Civil, o qual prevê que “aquele que, sem justa causa, se enriquecer às custas de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.”

Ao tratarmos do enriquecimento sem causa vale destacar os seguintes elementos: (i) o enriquecimento do beneficiado sem justa causa; (ii) o empobrecimento do lesado; e (iii) a relação direta entre o enriquecimento de um e o empobrecimento de outro.

Aqui é importante esclarecer que a restituição pelo enriquecimento sem causa não é uma indenização, uma vez que a indenização vem de um ato ilícito, enquanto a restituição vem de um ato lícito que gerou um enriquecimento injustificado em detrimento de outra pessoa.

Os partidários dessa definição alegam que, em virtude da estrutura na qual as operadoras deixavam de despender valores que contratualmente lhe seriam obrigados, deixando-os a cargo do SUS, as operadoras obtêm uma vantagem às custas do sistema público de saúde, acabando o SUS por subsidiar o sistema privado.

¹³⁸ REIS, Otávia Míriam Lima Santiago. **O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Direito, Universidade Federal de Viçosa. 2005, p. 43. Disponível em: <http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/monografia_ressarcimento_ao_sus.pdf>. Acesso em 17 de jun. 2018.

Assim, o ressarcimento seria uma verdadeira obrigação civil, permitindo que sejam restituídos ao sistema público os valores despendidos pelo Estado no atendimento de usuários do sistema privado.

Nesse sentido, segundo Paulo de Barros Carvalho, o ressarcimento ao SUS seria uma forma de enriquecimento indevido.

Como se vê, não estamos diante de contraprestação por serviço público prestado, mas de recomposição patrimonial devida em virtude de enriquecimento sem causa. Esse enriquecimento indevido é verificado quando as operadoras de planos privados de saúde, que cobram de seus usuários pela prestação de serviços médicos e hospitalares, não o fazem, deixando tal encargo ao Estado, mediante instituições conveniadas ou contratadas do Sistema Único de Saúde.¹³⁹

Defendendo a mesma linha, o Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário nº 597.064 Rio de Janeiro, entendeu que

É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4.6.1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos.¹⁴⁰

Assim, o STF acompanhou o posicionamento acima descrito e reconheceu o locupletamento ilícito das operadoras que recebem para prestar o serviço aos beneficiários, mas que acabam onerando o Estado por algo que receberam a contraprestação devida.

4.2.2 *Do ressarcimento como obrigação tributária*

Segundo as operadoras de planos de saúde, o ressarcimento do SUS é uma nova modalidade de financiamento da seguridade social, tendo como objetivo financiar a seguridade social – saúde, previdência e assistência social, sendo assim, uma nova fonte de custeio da seguridade social, contudo os mecanismos para instituição de tal recurso não foram seguidos corretamente.

O posicionamento defendido pelas operadoras de planos de saúde remonta, inclusive, argumentos trazidos pelo legislador durante os debates que antecederam a instituição da política de ressarcimento, uma vez que parecer emitido pela Câmara dos Deputados previa que “A adoção de tal medida reverter-se-á em benefício da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde, **que disporá de maiores recursos para o seu custeio**, favorecendo segurados e não-segurados. (g.n)¹⁴¹

¹³⁹ CARVALHO, Paulo de Barros. **Parecer concedido à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**. 2003, p. 19.

¹⁴⁰ BRASÍLIA, Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 597064**, Recte. Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores, Recdo. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. 27/01/2009.

¹⁴¹ BRASÍLIA, Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1.289, de 1995**. Torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema único de Saúde pelo atendimento realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde. Disponível em: <

Assim, trazendo o caráter de financiamento presente desde a formulação da política, e considerando o repasse de recurso das Operadoras de Planos de Saúde, entende tratar-se de uma nova modalidade de financiamento do Sistema único de Saúde.

Ocorre que, o artigo 198, §1º da Constituição Federal que trata especificamente do financiamento do SUS prevê que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Já o §4º do art. 195 da Constituição Federal de 1988 prevê que “A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido ao disposto no art. 154, I”, o qual dispõe que

Art. 154 A União poderá instituir:

I - mediante lei complementar, impostos não previstos no artigo anterior, desde que sejam não-cumulativos e não tenham fato gerador ou base de cálculo próprios dos discriminados nesta Constituição;

Nesse sentido, a Constituição é clara quanto à previsão de que o Sistema Único de Saúde pode ser financiado por outras fontes, contudo as novas fontes de financiamento somente podem ser criadas por meio de lei complementar, sendo inconstitucional a criação de novas fontes por meio de lei ordinária, sendo este o caso da Lei 9.656/98.

Assim, a inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS estaria no fato de ser uma receita pública com objetivo de financiar a seguridade social, cuja instituição é reservada pela Constituição de 1988 exclusivamente à Lei Complementar, e a Lei 9.656/98 é uma lei ordinária.

Segundo esta corrente, a instituição do ressarcimento ao SUS é inconstitucional porque foi instituída por meio de lei ordinária, em claro desrespeito à Constituição Federal. Nesse sentido o Superior Tribunal de Justiça entende que:

A lei ordinária que dispõe a respeito de matéria reservada à lei complementar usurpa competência fixada na Constituição Federal, incidindo no vício de inconstitucionalidade. (STJ- 2ª Turma. Resp nº 95.508/DF. Relator: Ministro Ari Pargendler. DF 25/08/197.)

Em contramão à caracterização do ressarcimento como uma obrigação tributária, os opositores afirmam de que se trata de um ressarcimento, inexistindo qualquer inovação ou criação de nova forma de financiamento, mas apenas a obrigação civil de restituir ao SUS os valores que foram disponibilizados para o tratamento de beneficiados do plano de saúde. Ou

seja, estaríamos diante de uma pura e simples reposição de valores advinda de obrigação civil, e não de uma nova forma de tributação¹⁴².

Passada a análise quanto aos fundamentos existentes para o ressarcimento ao SUS, passamos agora à análise da compatibilidade do ressarcimento ao SUS e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

4.3 O ressarcimento ao Sistema único de Saúde sob o ponto de vista do beneficiário de plano de saúde e dos princípios norteadores do SUS

Conforme já analisado no presente trabalho, um dos grandes diferenciais do Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal foi a previsão contida no art. 196 da Constituição Federal de que a assistência à saúde será fornecida pelo Estado a todos os cidadãos de forma universal e igualitária, sem qualquer distinção.

No mesmo sentido, o inciso I, do art. 7º da Lei 8.080/90, prevê, dentre outras diretrizes, que todos os serviços públicos de saúde devem ser desenvolvidos em obediência ao princípio da “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.”¹⁴³

O direito à saúde constituído atualmente no Brasil é amplo, irrestrito e garantido a todos os cidadãos sem qualquer distinção, tendo como ideia basilar o seu caráter universal. Garantiu-se, assim, a impossibilidade de o direito à saúde vir a ser suprimido ou diferenciado entre os cidadãos.

Dessa forma, a universalidade não é uma norma programática, mas sim um dever constitucional do Estado de promover a saúde pública, de forma universal e igualitária para todos os cidadãos. O art. 196 da CF ao trazer o conceito do direito à saúde prevê que este é direito de todos e dever do estado, não colocando qualquer ressalva ou observação quanto às pessoas que aderiram a um plano privado.¹⁴⁴

Nesse contexto, alguns aspectos tornam-se relevantes para conseguirmos compreender melhor a política do ressarcimento.

¹⁴² BRASÍLIA, Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 597064**, Recte. Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores, Recdo. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. 27/01/2009.

¹⁴³ BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

¹⁴⁴ CASTRO, 2012, p. 133

Conforme coloca Scatena, a princípio a política do ressarcimento ao SUS, em sua essência, não altera a relação entre o Estado e o cidadão, mas apenas cria uma relação entre as operadoras e o Estado¹⁴⁵.

Contudo, em que pese à política do ressarcimento não crie obrigações diretas para o cidadão, para analisarmos mais a fundo os efeitos da política do ressarcimento em relação ao princípio da universalização, é necessário olhar para a relação das operadoras com os beneficiários.

Segundo Porter e Teisberg, quando olhamos para o setor da saúde suplementar é possível notara existência de uma competição chamada de competição soma zero. Nessa competição, entende-se que as operadoras, prestadores e fornecedores buscam reduzir custos e aumentar o lucro, e não necessariamente agregam valor para o cidadão¹⁴⁶.

Essa competição é calcada em quatro eixos competitivos, sendo estes¹⁴⁷:

(i) Transferência de custos, nesse eixo tem-se a ideia de uma transferência de custos e riscos da operadora para o beneficiário ao invés de uma redução dos próprios custos. Importante destacar que, em que pese às operadoras comumente apresente uma margem de lucro significativa, isso não implica necessariamente em uma ausência de transferência de custo, sendo necessário se analisar exatamente o que esta sendo transferido para o consumidor, e o que deveria ser transferido.

(ii) Competição para aumentar o poder de negociação, aqui se tem a ideia de que as operadoras buscam acumular maior poder de negociação e influência, utilizando tais mecanismos para, por exemplo, elevar preços e transferir custos para terceiros;

(iii) Competição para captar clientes e restringir escolhas, nesse eixo existe uma busca por um ganho em escala com clientes, de forma que as operadoras tenderiam a buscar clientes “sadios”, que normalmente representam um baixo custo para a operadora, e por outro lado, restringiriam as escolhas dos clientes a prestadores que fornecem melhores condições para as operadoras, e não necessariamente o melhor atendimento para o beneficiário; e

(iv) Competição para reduzir custos restringindo serviços: este último eixo também está intimamente ligado à política do ressarcimento, uma vez que aqui se analisa a competição

¹⁴⁵ SCATENA, M. A. N. **O Ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

¹⁴⁶ PORTER, M. E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007

¹⁴⁷ FREITAS, 2011, p. 37-38.

por meio da qual as operadoras buscariam reduzir seus custos por meio da restrição aos serviços, por exemplo, negando procedimentos, restringindo escolhas e assim por diante.

Assim, ao analisarmos a política do ressarcimento, em especial os efeitos que ela gera sobre o cidadão, é importante levar em consideração os impactos que a atuação das operadoras de planos de saúde, diante da política do ressarcimento, pode gerar sobre os beneficiários, se existe ou não uma efetiva transferência de custos, se as operadoras de alguma forma tomam medidas para evitar que seus beneficiários venham a ser atendidos pelo SUS e assim por diante.

Nesse mesmo contexto vários questionamentos devem ser colocados, como, por exemplo, em que medida a política do ressarcimento vem auxiliando e estimulando as operadoras de planos de saúde a efetivamente assumir outros papéis e criar real valor para o sistema de saúde, ou se a política do ressarcimento vem sendo tratada pelas operadoras como mais um custo ou risco a ser transferido para o consumidor.

Outro ponto a ser analisado refere-se a um dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS é desestimular o descumprimento dos contratos celebrados pelas Operadoras, sendo o elemento de uma atuação irregular do plano de saúde muito presente no momento da identificação do problema.

Contudo, ao analisarmos o art. 32 da Lei 9.656/89, fica claro que, em que pese a intenção do legislador tenha sido a de combater práticas irregulares das operadoras de planos de saúde, o referido artigo, não vincula o ressarcimento à prática de uma conduta ilícita ou irregular da operadora, mas apenas à realização do atendimento de beneficiário para realizar procedimento previsto no contrato entre o beneficiário e a operadora.

Sobre a questão acima, de pronto é preciso ter em mente que o cidadão beneficiário de plano de saúde tem o direito de escolher onde ele quer ser atendido, seja pela operadora de plano de saúde ou pelo SUS.

Contudo, é importante olhar para as conjecturas e os motivos que levam o beneficiário a buscar o atendimento no SUS. Sendo importante analisar se é em razão de uma prática abusiva da operadora, baixa qualidade do atendimento do plano de saúde, por uma preferência de assistência via SUS, e inclusive em situações nas quais o beneficiário pode não ter sequer escolhido o SUS, como em casos de acidentes em via pública, nos quais as vítimas são direcionadas para as unidades públicas de saúde, ainda que tenham plano de saúde, e diversas outras situações.

Nesse sentido, ao analisarmos a política de ressarcimento ao SUS e os relatórios da ANS, nota-se uma vasta quantidade de informações quantitativas sobre a utilização do SUS,

não sendo disponibilizados com frequência dados referente a aspectos qualitativos da política, como, por exemplo, o motivo que levou o cidadão a buscar aquele atendimento.

Assim, ao analisarmos esses aspectos, mostra-se relevante pensar se, dentro do cenário no qual a saúde suplementar está inserida e das potenciais práticas adotadas pelas operadoras, ao falarmos na política do ressarcimento esta não estaria, ainda que indiretamente, gerando impactos na vida do cidadão e no seu direito universal à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscou-se compreender a política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas Operadoras de planos privados, prevista no art. 32 da Lei 9.656/98, em especial pela perspectiva do Estado e dos beneficiários das operadoras de planos de saúde.

A política do ressarcimento ao SUS é importante dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, e surgiu em resposta a um contexto político no qual existiam questionamentos por parte dos atores representantes da rede pública de que as Operadoras de planos de saúde estariam enriquecendo às custas do Estado.

Nesse sentido, a política do ressarcimento surgiu com o objetivo de (i) evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras de Planos de Saúde; (ii) tutelar os beneficiários de planos de saúde, desestimulando o descumprimento dos contratos celebrados pelas Operadoras; e (iii) impedir o subsídio da atividade das Operadoras com recursos públicos.

Para chegarmos à análise da política de ressarcimento, perpassamos os principais conceitos de Políticas Públicas e do ciclo de políticas públicas que possibilitaram a realização da análise da política do ressarcimento, em especial do seu contínuo processo de implementação.

Em seguida, passamos por uma análise dos aspectos relacionados à construção do direito à saúde no Brasil, com foco no movimento da reforma sanitária e da sua importância no processo de construção do direito à saúde como nós o conhecemos atualmente.

Nesse sentido, analisamos a construção do conceito de saúde, o qual deixou de ser associado à existência de enfermidade e passou a ser entendido como um estado de bem-estar físico, mental e social, sendo este o conceito adotado pela Constituição Federal de 1988.

Como visto, a Constituição Federal também positivou a previsão de que os cidadãos são titulares do direito à saúde, sendo dever do Estado garantir a assistência à em saúde, em especial, por meio do Sistema Único de Saúde.

Dentro desse contexto, o SUS é entendido como uma rede de ações e serviços organizados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, trazendo em sua base a ideia de acesso integral e universal para os cidadãos, sem qualquer distinção ou condição para o gozo do direito. Nesse momento também foi feita uma abordagem quanto ao tipo de sistema de saúde adotado no Brasil, o qual, em que pese não se tratar de um sistema puro, pode ser entendido como um sistema misto, existindo um mix entre a assistência pública e privada.

Por fim, como subsídio para analisar o contexto no qual o ressarcimento está inserido, analisamos o desenvolvimento da saúde suplementar até a sua regulamentação por meio da Lei nº 9.656/98.

No contexto da Lei nº 9.656/98, que regulamentou a atuação dos planos de saúde, foi inserida a política de ressarcimento ao SUS.

Como visto, dentro de um contexto de ciclo de políticas públicas, o problema que justificou a criação do ressarcimento começou a ser debatido no cenário político desde o início da atividade das empresas privadas de assistência médica. Contudo, apenas na década de 90 surgiu a janela de oportunidade para que tal tema entrasse efetivamente na agenda.

Assim, durante os diversos debates relacionados à regulamentação da atividade das operadoras de planos de saúde, surgiu como uma das demandas regular, por meio de uma política de ressarcimento, as hipóteses nas quais os beneficiários de planos de saúde buscassem atendimento no SUS.

A política do ressarcimento surgiu como um subtópico dentro da Lei nº 9.656/98, sendo inclusive identificada uma baixa quantidade de debates dentro do Congresso quanto ao ressarcimento, ficando tal tema adstrito a poucos pareceres que justificavam a sua implementação como uma forma de evitar o enriquecimento das operadoras de planos de saúde à custa do Estado.

Como vimos no decorrer do trabalho, no que tange à implementação da política de ressarcimento ao SUS, e ao procedimento para efetivar o ressarcimento, notou-se que até 2015 ocorreu uma significativa falha na implantação da política de ressarcimento, em razão da indisponibilidade dos dados pelo próprio Estado. Isso ocorria, pois a ANS não tinha acesso a toda a base de dados do SUS, o que impossibilitava o cruzamento dos dados do DATASUS e das Operadoras de Planos de Saúde.

Em 2015, após a firme atuação de um novo ator, o TCU, a ANS passou a corrigir algumas falhas identificadas na política do SUS, sendo a principal delas o processamento da APAC, o qual, a princípio, estava ligado à dificuldade de sistematização dos registros, somado ao volume de informações que deveriam ser processadas.

De toda forma, após o início da análise das informações contidas na APAC, o volume de procedimentos ressarcíveis identificados pela ANS aumentou mais de 100%, o que culminou em um aumento da eficiência da política do ponto de vista da sua implementação.

Contudo, em que pese os avanços alcançados no processo de identificação dos procedimentos passíveis de ressarcimento, ainda existem pontos a serem refletidos e aprimorados no que tange à implementação da política do ressarcimento.

Como visto, até 2017, 72,3% dos atendimentos identificados e cobrados pela ANS foram impugnados pelas operadoras de planos de saúde.

Dentro deste alto percentual de impugnações encontram-se recursos de Operadoras que agem com o intuito de apenas protelar o pagamento ao Estado, apresentado impugnações sem qualquer fundamento.

Contudo, por outro lado, segundo a ANS, 24% dos valores cobrados pela ANS são futuramente considerados indevidos, tendo as impugnações acolhidas. Ou seja, em 24% das cobranças realizadas houve uma falha na identificação de determinado procedimento como passível de ressarcimento.

Aqui nota-se que se por um lado a ANS avançou no acesso às informações, ainda é necessário aprimorar o processo de batimento entre as informações encontradas, evitando inconsistência, como por exemplo, a cobrança de pacientes em carência, procedimentos que não estão cobertos pelos contratos, dentre outros.

O aprimoramento dessa análise das informações identificadas teria como objetivo reduzir o número de notificações desnecessárias as operadoras, e evitaria um acionamento em vão do Estado, o que significa dispêndio com estrutura, recursos humanos e tempo.

Aqui é importante fazer uma ressalva, posto que, somada a existência de inconsistências nas informações cruzadas pela ANS, como nós analisamos, um dos fatores que gera grande impacto no que tange ao número de impugnações é a existência de questionamentos quanto à constitucionalidade ou não do ressarcimento.

A princípio o referido debate foi amenizado em razão da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário nº 597.064 Rio de Janeiro, no qual o STF reconheceu a constitucionalidade, reconhecendo o locupletamento ilícito das operadoras que recebem para prestar o serviço aos beneficiários, mas que acabam onerando o Estado por algo que receberam a contraprestação devida.

Por fim, buscamos analisar se em alguma medida a política do ressarcimento gera impactos para o cidadão, em especial quanto aos princípios norteadores do SUS.

O Sistema Único de Saúde está fundado na ideia de que a assistência à saúde será fornecida pelo Estado a todos os cidadãos de forma universal, igualitária e sem distinção.

Como vimos a princípio a política do ressarcimento ao SUS não gera alteração na relação entre o Estado e o cidadão, mas sim entre o Estado e as operadoras.

Contudo, durante o nosso trabalho, a fim de analisar os efeitos da política do ressarcimento, voltamos nosso olhar para a relação entre as operadoras os beneficiários.

Nesse sentido, verificamos que, quando olhamos para o setor da saúde suplementar, é possível notar a existência de uma competição soma zero, de forma que tem-se supostamente o aumento do lucro da operadora, sem necessariamente agregar valor para o cidadão.

Assim, mostra-se relevante pensar sobre os impactos da política do ressarcimento na atuação das operadoras de planos de saúde, buscando verificar em que medida a política do ressarcimento auxilia e estimula as operadoras a assumirem outros papéis agregando valor para o consumidor ou se a política do ressarcimento vem sendo tratada pelas operadoras como mais um custo ou risco a ser transferido para o cidadão.

Outro aspecto observado durante o presente trabalho foi a análise de diversas hipóteses nas quais o beneficiário de plano de saúde busca atendimento no SUS, sendo importante que a política de ressarcimento observe e leve em consideração o porquê de tais cidadãos optarem pelo atendimento no SUS em detrimento dos planos de saúde, passando a analisar de forma qualitativa os motivos e as conjunturas que levaram a tal cenário.

Dessa forma, feita a análise da política, é possível compreender que o ressarcimento ao SUS é um importante instrumento de regulação para o setor de saúde suplementar, tendo alcançado significativos avanços para a regulação da saúde.

Contudo, diversos aspectos relacionados à implementação da política de ressarcimento ainda devem ser ponderados, sendo importante que aspectos qualitativos relacionados à interação das operadoras com os beneficiários, as motivações e as conjunturas que envolvem o SUS, as operadoras e os cidadãos sejam ponderados dentro do escopo da política do ressarcimento ao SUS.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando. Perspectivas do Direito Sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios de sua efetivação. In: SANTOS, Lenir (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes. Editora, 2010.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. 1998. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf>. Acesso em: 24 de jun. de 2018.
- ALVES, T. N. P. **Política Nacional de Medicamentos**: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos. 2009. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2009.
- ANS. **Ressarcimento ao SUS**: Principais Conceitos. Encontro ANS – Edição São Paulo – 29 e 30/09/2010. Rio de Janeiro: ANS, 2010.
- ANS. **ANS amplia o ressarcimento com a cobrança de procedimentos de alta e média complexidade**. 8 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2841-ans-amplia-o-ressarcimento-com-a-cobranca-de-procedimentos-de-alta-e-media-complexidade>>. Acesso em 25 de jun. de 2018.
- ANS. **Boletim informativo**: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n.5, abr. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/total_boletim_5_edicao.pdf>. Acesso em 16 de jun. de 2018.
- ANS. **ANS repassa valor recorde ao SUS em 2017**. 20 de dez. de 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/4263-ans-repassa-valor-recorde-ao-sus-em-2017>>. Acesso em 4 de jul. de 2018.
- ANTUNES, R. L. C. **O que é sindicalismo**. 16 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- ARAÚJO, Thamyres M. de. FRANCO, Túlio B.; JÚNIOR, Wanderley M. R.; SOUZA, Jairose N.; SOUZA, Márcio C. de; e VILELA, Alba B. A.. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012, p. 452 – 460. Disponível em: <http://bvsm.sau.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf>. Acesso em: 2 de jun. de 2018.
- BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado**: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.
- BAIRD, Marcello Fragano. **Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.**, v.30, n.3, São Paulo 1996.

BIAR, Tatiana. **Afinal, qual é a natureza jurídica do reembolso ao SUS?** Consultório Jurídico. 2015. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2015-mai-22/tatiana-biar-afinal-qual-natureza-reembolso-sus>>. Acesso em 14 de junho de 2018.

BRASIL. **Lei 9.656**, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm Acesso em 16 de jun. de 2018.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm >. Acesso em: 31 de maio de 2018.

BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >. Acesso em: 31 de maio de 2018.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.961** de jan. de 2000. Disponível em : < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 4 de jun. de 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 502/2009**. Plenário. Relator: VALMIR CAMPELO. Processo 023.181/2008-0. Ata 11/2009. Brasília-DF, Sessão 25/03/2009

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

BRASÍLIA, Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1.289, de 1995**. Torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema único de Saúde pelo atendimento realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EFFEE885BF7B91A08280882D71DD5B74.proposicoesWeb1?codteor=1136036&filename=Avulso+-PL+1289/1995>. Acesso em 18 de jun. de 2018.

BRASÍLIA, Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 597064**, Recte. Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores, Recdo. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. 27/01/2009.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudo sobre direitos fundamentais**. 1.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

CAVALCANTI, Mônica Maria de Arruda. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais** – uma abordagem conceitual. Disponível em: <http://www.socialiris.org/antigo/imagem/boletim/arq48975df171def.pdf>>. Acesso em 25 de jun. 2016.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Parecer concedido à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**. 2003.

CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário**. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

CHIZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução nº 22**, de outubro de 1999.

Disponível em: <

http://www1.unimed.com.br/nacional/regulamentacao/legislacao/res_consu_22.asp>. Acesso em: 3 de jun. de 2018.

DINIZ, Isadora Moraes. **Direito à saúde e judicialização: uma análise da atuação do Conselho Nacional de Justiça no aprimoramento da prestação jurisdicional nas demandas de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

E-SIC. **Exposição de motivos da Lei Federal nº 9.656/98** - Pedido 25820000233201736.

Disponível em:<

<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=534755&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>>. Acesso em 26 de jun. de 2018.

FERNANDES, Rogério Baptista Teixeira. **O sistema de gestão do ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014**. Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Rio de Janeiro. 2015.

FLUMINHAN, Vinícius Pacheco. **A judicialização do direito à saúde no SUS: limites e possibilidades**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Metodista de Piracicaba, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREITAS, Marcella Abunahman. **Avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao sistema único de saúde**. 2011. Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo. 2011.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Planejamento e Políticas Públicas (IPEA), 2000.

GAMA, M. V. **Um estudo sobre a evolução da indústria de medicina suplementar no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Economia) - IBMEC, Rio de Janeiro, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, v. 5. 2002.

GUERRA, Daniela de Lima Ranieri. **A Dialética do Direito à Saúde**: entre o Direito Fundamental à Saúde e a Escassez de recursos. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas. Pouso Alegre, 2017.

IBANHES, Lauro Cesar. **A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil**: difusos e coletivos ou confusos e seletivos. 2010. Disponível em <
<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a01.pdf>>. Acesso em 17 de jun. de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de Saúde**: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo: CREMESP/IDEC, 2007.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Métodos de pesquisa social aplicados à Avaliação de Programas: uma introdução. In: JANNUZZI, Paulo de Martino. **Monitoramento e Avaliação de programas sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016.

MACHADO MFAS; MONTEIRO EMLM; QUEIROZ DTT; VIEIRA NFC; BARROSO MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, mar-abr. 2007.

MARTINS, Rosilda Baron. **Metodologia científica**. Curitiba: Juruá, 2004.

MENICUCCI, T.M.G. **Público e privado na política e assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTONE, J. Evolução e Desafios do Regulação do Setor de Saúde Suplementar. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). **Regulação e Saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.

MOREIRA, Marcelo Rasga. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on the democratization of health in the twenty years of de UHS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2009.

NOVAES, Humberto de Moraes. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS**. São Paulo: PROAHSA/Livraria Pioneira e Editora: 1990.

OHLWEILER, Leonel Pires. Políticas públicas e controle jurisdicional: uma análise hermenêutica à luz do Estado Democrático de Direito. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos fundamentais**: orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 880-894, 2016. Disponível em: <
<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/880-894/pt>>. Acesso em 26 de jun. 2018.

OLIVEIRA, V. E. As fases do processo de políticas públicas. In: MARCHETTI, V. (Org.). **Políticas públicas em debate**. São Bernardo do Campo: UFABC, 2013. p. 15-37

PAIM, J., *et al.* **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** Lancet, v.377, n. 9779, May 21. 2011.

PAIM, JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro, 2008.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos.** Porto Alegre: Bookman, 2007.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde – De acordo com a constituição Federal.** São Paulo: Quartier Latin, 2005.

REIS, Otávia Míriam Lima Santiago. **O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Direito, Universidade Federal de Viçosa. 2005, p. 43. Disponível em:<
http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/monografia_ressarcimento_ao_sus.pdf>. Acesso em 17 de jun. 2018.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antônio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Izabel V. (Org.). **O estudo da política: tópicos selecionados.** Brasília: Paralelo 15, 1998.

SABATIER P.; JENKINS-SMITH H. The advocacy coalition framework: an assessment. In: SABATIER, P. A. **Theories of the policy process.** Boulder: Westview Press, 1999.

SALTMAN, Richard. Social Health Insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. In: SALTMAN, R.; BUSSE, R; Figueras, J. **Social health insurance systems in Western Europe.** England Open University Press, 2004.

SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho.** Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde.** São Paulo: Saraiva, 2010.

SCATENA, M. A. N. **O Ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos.** Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil.** São Paulo: Editora UNESP, 2010.

SCHMITT, Cristiano Heineck; MARQUES, Cláudia Lima. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2008

SCOTTI, Ricardo F. **Informações sobre a NOB-96**: um novo modelo de gestão do SUS. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>>. Acesso em: 17 mar. 2008.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Alessandra Ximenes. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J., MARTINIANO, C., PATRIOTA L. M., (org) **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117 a 146. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-07.pdf>>. Acesso em 19 de jun. 2018.

SIMIONI, Ariani. O Direito Humano e fundamental à Saúde no Brasil e em Portugal. **Revista Unisc**, Santa Cruz do Sul, p.1-20, 2015. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/efpd/article/view/13238>>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SOUZA, Jorge Munhós de. **Diálogo institucional e direito à saúde**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos Sociais Urbanos em Salvador: um mapeamento. In: LUZ, A. M.C. **Quem faz Salvador?** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n. 2, p.5-43, mar.-abr. 1996.

VIANA, Ana Luiza d`Ávila. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01-96. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D`Ávila (Org.). **O sistema único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime / Cealag, 2002.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. **Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica**. Ed. 1. Editora EPU. 2001.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.